

Kunnskapsbasert folkehelsearbeid i teori og praksis

Kunnskap som redskap i kommunal samfunnsplanlegging



Kunnskapens Janusansikt (*Kilde: H.W. Sands Corp.*)

HØGSKOLEN I VESTFOLD

Master i helsefremmende arbeid

Guri Wist

September 2010

Antall ord: 15 960

Sammendrag

Denne masterstudien tar utgangspunkt i begrepet *kunnskapsbasert folkehelsearbeid*. Flere offentlige utredninger, uttalelser fra myndighetene og fagartikler tar til ordet for at folkehelsearbeidet må baseres på kunnskap, men det gjøres ikke rede for hva denne kunnskapen omfatter.

Hensikten med denne studien er å kartlegge hva slags dokumentasjon eller kunnskap kommunale politikere og samfunnsplanleggere benytter seg av i beslutninger og planer i folkehelsearbeidet. Problemstillingen for oppgaven er derfor: Hva forstår kommunale politikere og planleggere med kravet om at folkehelsearbeidet i kommunen skal være kunnskapsbasert?

Studien bygger på en empirisk kvalitativ undersøkelse blant kommunepolitikere og kommunale planleggere i tre (3) kommuner i Nord-Trøndelag fylke. Det empiriske materialet er hentet fra tre (3) fokusgruppeintervju, ett i hver kommune.

Resultatene fra studien viser at politikere og planleggere til sammen benytter seg av et bredt kunnskapsområde i sine beslutninger og planlegging. De politiske aktørene uttaler at de benytter seg av skjønn og annen erfaringsbasert kunnskap i betydelig grad, men også av faktakunnskap med statistikk over ulike helsevariabler og medvirkning av befolkningen på ulike måter. Politikerne uttaler også at de lar seg påvirke av interessegrupper, og omtaler også dette som en form for medvirkning. Planaktørene vektlegger i større grad faktakunnskap i sitt arbeid, men framstiller også medvirkning av befolkningen i planprosesser som en viktig kunnskapskilde i planarbeidet.

Konklusjonen på studien er at det er forskjell på hva helseforvaltningen og kommunale politikere og planleggere legger i begrepet *kunnskapsbasert folkehelsearbeid*.

Helseforvaltningen krever bevis eller evidens for at tiltak har effekt for å kunne kalle arbeidet kunnskapsbasert, mens politikere og planleggere vektlegger et bredt kunnskapsgrunnlag hvor både erfaring, fakta og borgermedvirkning til sammen utgjør det kunnskapsbaserte arbeidet. Kommunen trenger en samhandlingsarena for å styrke dette samarbeidet om kunnskap.

Nøkkelord: *folkehelsearbeid, kunnskapsbasert helsepolitikk, helsefremmende politikk, evidencebased public health, public health improvement.*

Summary

This study for a master's degree is based on the concept *evidence based public health work*. Several parliamentary resolutions, statements from the authorities and articles taking the word, that public health efforts must be based on knowledge, but it does not explain what this knowledge encompasses.

The purpose of this study is to determine what kind of documentation or knowledge of local politicians and community planners make use of for the decisions and plans in public health work. My primary question is therefore: What do municipal politicians and planners understand with the requirement that public health efforts in the community should be knowledge based?

The study is based on an empirical qualitative survey among local politicians and municipal planners in three (3) municipalities in the county Nord-Trøndelag. The empirical material is drawn from three (3) focus group interviews, one in each municipality.

The results of the study show that politicians and planners together take advantage of a wide area of knowledge in their decision making and planning. The politicians state that they make use of their own judgement as well as other experience-based knowledge significantly, but also use knowledge of facts and statistics of various health variables and participation of people in different ways. The politicians say that they are influenced by interest groups as well, and also discuss this as a kind of participation. The professional planners emphasize greater factual knowledge in their work, but also describe the participation of people in the planning processes as an important source of knowledge.

The conclusion of the study is that there is a difference between what the health administration on one hand, and municipal politicians and planners on the other hand, understand by the concept of *evidence based public health work*. Health administration requires proof or evidence that the actions are effective to call the work based on knowledge, while politicians and planners emphasize a broad foundation of knowledge based on both experience, facts and citizen participation to make up the knowledge-based work. The local authorities need an interaction arena for strengthening this cooperation of knowledge.

Keywords: public health, evidence based health policy, public health policy, evidence based public health, public health improvements.

Førord

Etter fire år og 27 turer mellom Trondheim og Tønsberg er jeg endelig ved sluttmålet, selve masteroppgaven. Jeg synes jeg har lov til å være stolt av meg selv. Det er en utrolig god følelse, men samtidig er det nesten litt snaut å skulle avslutte disse fire årene men kun 15960 ord. Men Høgskolen i Vestfold har gitt meg fire innholdsrike og utviklende år, som har gjort at to nokså ustøe helsefremmende bein høsten 1996 - nå står godt plantet på bakken.

Temaet for denne masteroppgaven har sitt utspring i et engasjement for folkehelsearbeid. Jeg har et ønske om å kunne bidra med kunnskap som styrker lokalmiljøets muligheter for handling i folkehelsearbeidet, både når det gjelder planlegging, prioritering og gjennomføring av tiltak i dette arbeidet. Jeg opplever at studien har gitt meg ny kunnskap og kompetanse på akkurat dette området som jeg kan benytte meg av i mitt daglige arbeid. Det har vært en krevende, men en svært interessant prosess, og det er flere som fortjener en takk.

Først og fremst en stor takk til alle informantene i kommunene som gjorde studien mulig. Uten deres innsats og engasjement hadde jeg ikke hatt denne kunnskapen jeg har over temaet i dag. Takk til veileder Berit Viken for konstruktive innspill. Takk til alle medstudenter som har bidratt til nye tanker og diskusjoner gjennom hele studiet, men først og fremst til Astri her i Trondheim. Våre diskusjonskvelder har vært uvurderlige i utviklingen av oppgaven.

Til slutt, men ikke minst, til min kjære Anders – nå skal vi dra på fjellturer igjen!

Innholdsfortegnelse

	Sammendrag.....	2
	Summary.....	3
	Forord.....	4
	Innholdsfortegnelse.....	5
1	Innledning.....	7
1.1	Disposisjon av oppgaven.....	7
2	Tema.....	8
2.1	Bakgrunn og aktualitet.....	8
2.2	Problemstilling.....	10
3	Teorigrunnlag.....	11
3.1	Aktuelle relevante studier.....	11
3.2	Annen relevant teori.....	13
3.2.1	Folkehelsearbeid.....	13
3.2.2	Helsefremmende politikk.....	15
3.2.3	Kunnskapsbegrepet.....	16
3.2.4	Evidensbegrepet.....	20
4	Metodiske hensyn.....	22
4.1	Valg av metode.....	22
4.1.1	Kvalitativ metode.....	23
4.1.1.1	Fokusgruppeintervju.....	23
4.2	Tilgang til forskningsfeltet.....	24
4.3	Intervjuene.....	25
4.4	Drøfting av metodiske forhold.....	27
4.4.1	Egen forskerrolle.....	27
4.4.2	Metodekritikk.....	28
4.5	Bearbeiding av materialet.....	29

5	Presentasjon av resultater.....	31
5.1	Hva forstår planleggere og politikere på kommunenivå med begrepet folkehelse og folkehelsearbeid?.....	31
5.1.1	Oppsummering.....	35
5.2	Hva slags grunnlagsmateriale benytter planleggere og politikere seg av i planlegging og beslutninger vedrørende folkehelse – som i samfunnsdelen av kommuneplanen?.....	35
5.2.1	Oppsummering.....	39
5.3	Hvilke faktorer er viktigst å påvirke for å kunne styrke folkehelsa i denne kommunen hvorfor og hvordan?.....	39
5.3.1	Oppsummering.....	41
6	Analyse og drøfting.....	41
6.1	Hva forstår politikere og planleggere på kommunenivå med begrepet folkehelse og folkehelsearbeid?.....	42
6.2	Hva slags grunnlagsmateriale benytter politikere og planleggere seg av i planlegging og beslutninger vedrørende folkehelse?.....	43
6.2.1	Bruk av skjønn.....	44
6.2.2	Bruk av faktaopplysninger og statistikk.....	46
6.2.3	Medvirkning.....	46
6.3	Hvilke forhold i kommunen er viktigst å påvirke for å kunne styrke folkehelsa hvorfor og hvordan?.....	48
6.4	Oppsummering i tabellform.....	48
7	Konklusjon.....	49
8	Litteraturliste.....	53
9	Vedleggsoversikt.....	59

1 Innledning

Folkehelsemeldingen, ”Resept for et sunnere Norge”, omtaler folkehelsearbeid på denne måten; *”Folkehelsearbeid innebærer å forholde seg til faktorer som påvirker helsen. En av flere slike faktorer er helsetjenestens reparerende, rehabiliterende og pleiende virksomhet. Denne viktige innsatsen, som naturlig nok får mye oppmerksomhet, er likevel ikke det mest avgjørende for helse- og sykdomsutviklingen. Våre egne valg og hvordan vi sammen innretter samfunnet innenfor en rekke ulike områder spiller en langt viktigere rolle”* (Helsedepartementet, 2003).

Meldingen fastslår videre at sikker kunnskap skal ligge til grunn for både politikktutforming og praksis innen folkehelsearbeidet; *”tiltak som planlegges og iverksettes, må så langt som overhode mulig ta utgangspunkt i kunnskap om årsaker og virkning”* (Helsedepartementet, 2003). Folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert.

Et viktig spørsmål reiser seg; hva slags dokumentasjon eller kunnskap skal kreves for å si at et forebyggende og/eller helsefremmende befolkningsrettet tiltak virker? Hva slags dokumentasjon eller kunnskap benytter politikere og samfunnsplanleggere seg av i beslutninger og planer i folkehelsearbeidet?

Denne studien inngår i det avsluttende arbeidet ved masterstudiet i helsefremmende arbeid ved Høgskolen i Vestfold, og tar utgangspunkt i begrepet *kunnskapsbasert folkehelsearbeid*. Studien bygger på en empirisk kvalitativ undersøkelse blant kommunepolitikere og kommunale planleggere i tre kommuner i Nord-Trøndelag fylke.

1.1 Disposisjon av oppgaven

I kapittel 2 presenteres temaet for oppgaven, med bakgrunn for valg av tema og dets aktualitet innen helsefremmende og forebyggende arbeid. Problemstillingen med underliggende forskningsspørsmål presenteres her. I kapittel 3 gjøres det rede for aktuell teori i forhold til valgt tema og problemstilling, og annen relevant teori knyttet til temaet. Kapittel 4 er metodekapitlet. Det omhandler flere forhold; valg av forskningsmetode, intervjuene og egen forskerrolle, bearbeidelse av data, forskningsetikk og erfaringer av prosessen. I neste kapittel, kapittel 5, presenteres resultatene fra undersøkelsen med utgangspunkt i

forskningsspørsmålene. I kapittel 6 analyseres og drøftes resultatene i forhold til beskrevet teori, og i kapittel 7 kommer konklusjon på undersøkelsen.

2 Tema

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for bakgrunnen til problemstillingen, hvorfor det er aktuelt og plassere temaet innenfor det helsefremmende arbeid. Bakgrunn og aktualitet munner ut i problemstillingen for oppgaven.

2.1 Bakgrunn og aktualitet

Som rådgiver innen i folkehelsearbeid er jeg opptatt av hvordan vi kan gå fra formidling av kunnskap eller fakta om helsetilstanden til befolkningen, til å formidle kunnskap og metoder om hvordan en kan påvirke forholdene som påvirker helsetilstanden. Jeg opplever at det er et gap mellom disse to forholdene som vi ikke har nok viten om. Begrepet kunnskapsbasert folkehelsearbeid dukker ofte opp. Mitt inntrykk er at dette begrepet ofte er knyttet til formidling av kunnskap om ulike helsevariabler, og at dette skal danne grunnlag for tiltak som påvirker variablene. Jeg ønsker derfor å vite mer om hvordan tiltakshaverne forstår begrepet og omsetter det i praksis.

I flere handlingsplaner, organisasjoners policydokumenter og kronikker om folkehelsearbeid framheves det at folkehelsearbeidet må bli kunnskapsbasert og det forebyggende arbeidet må bygge på tiltak som har dokumentert effekt, både på individnivå og befolkningsnivå (Krokstad, 2009, Helsedepartementet, 2003, Kreftforeningen, 2009, Lervik, 2009). Disse dokumentene gjør imidlertid ikke rede for hva slags kunnskap dette skal være, eller hva slags dokumentasjon som skal kreves for å si at et for eksempel befolkningsrettet tiltak virker. Eller mer presist, hva slags forskningsdesign bør inkluderes i dokumentasjonene?

Begrepet om at noe er *kunnskapsbasert* oppfattes i helsesammenheng oftest identisk med det engelske ordet *evidence based* eller *evidensbasert*, og da i sammenheng med *evidenced based medicine* og *evidence based practise*. Begrepet *evidence based medicine* ble utviklet på 1980-tallet og defineres som; «*The conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence*

based medicine means integrating the individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research” (Sackett, 1997).

Den evidensbaserte medisinen sitt anliggende har vært, og er, å innhente kunnskap ut fra statistikk og randomiserte forsøk, og å omsette den i klinisk praksis som *sikker kunnskap* (K. Martinsen og Eriksson, 2009). Evidensbasert praksis skal gjøre den profesjonelle (helsearbeideren) bedre i stand til å møte økende krav om effektivitet, dokumentasjon og kvalitetssikring (K. Martinsen og Eriksson, 2009). Flere har vært kritiske til denne oversettelsen, av *evidensbasert* til *kunnskapsbasert*, uten en forutgående drøfting av kunnskapsbegrepet eller klargjøring av hvilken kunnskap dette systemet er bærer av (Ekeli, 2002). Utfordringer oppstår når en skal knytte dette begrepet til folkehelsearbeidet. Hva er relevant kunnskap i denne sammenhengen?

”Folkehelsearbeid kan defineres som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon. En rekke forhold påvirker befolkningens helse som for eksempel sosiale og økonomiske faktorer, miljørelaterte faktorer, levevaner og livsstil. Folkehelsearbeid er bevisst, systematisk arbeid rettet mot disse faktorene” (Helsedepartementet, 1997).

Tiltak for å bedre oppvekstforhold, bomiljø eller strukturer for god livsstil lar seg verken praktisk, økonomisk, politisk eller etisk teste i randomiserte, kontrollerte forsøk. Metoden med systematiske kunnskapsoppsummeringer av befolkningsrettede tiltak kan derfor være lite egnet på flere områder av folkehelsearbeidet.

Hvem bruker begrepet kunnskapsbasert folkehelsearbeid? *”Evidensbasert kunnskap og kunnskapsbasert praksis er to av vår tids plussord. Forvaltningen elsker dem. De vil ha mer og mer forskningsbasert informasjon som grunnlag for politiske tiltak” (Bjørndal, 2009).* En kan få inntrykk av at det er helsefaglig forvaltning som bruker denne betegnelsen, og sjelden i befolkningen.

Kommuneplanens samfunnsdel synliggjør langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet som helhet og kommunen som organisasjon (Miljøverndepartementet,

2008). Innholdet i Kommuneplanens samfunnsdel er dermed et sentralt dokument i det kommunale folkehelsearbeidet som målbærer av forebyggende og helsefremmende arbeidet.

2.2 Problemstilling

Flere offentlige publikasjoner, publiserte artikler, kronikker og uttalelser fra myndighetene i Norge framholder at folkehelsearbeidet må baseres på kunnskap, men det gjøres ikke rede for hva denne kunnskapen består av.

Plan- og bygningsloven fremmer krav om at kommunen, i samfunnsplanleggingen, har som oppgave å fremme befolkningens helse og motvirke helseforskjeller. Kommuneplanens samfunnsdel er derfor et sentralt dokument. Politisk styrt og forankret, og utarbeidet av administrasjonen.

Utgangspunktet for denne oppgaven er derfor å kartlegge hvordan kommunepolitikere og kommunale planleggere/etatsledere ivaretar kravet om et kunnskapsbasert folkehelsearbeid i samfunnsplanleggingen til kommunen. I min undersøkelse vil jeg derfor intervju de som har bidratt til og utformet kommuneplanens samfunnsdel, og de som har behandlet og gjort innstillinger til planen, det vil si medlemmer av formannskapet. Med oppgaven ønsker jeg å belyse eller finne ut hva som utgjør kunnskapsgrunnlaget for planer og beslutninger/vedtak i folkehelsearbeidet, for både planleggeren og politikerens.

Den overordnede problemstillingen i denne masteroppgaven er derfor som følger:

Hva forstår kommunale politikere og kommunale planleggere med kravet om at folkehelsearbeidet i kommunen skal være kunnskapsbasert?

For å svare på dette er følgende forskningsspørsmål utledet fra den overordnede problemstillingen;

1: Hva forstår planaktører og politikere på kommunenivå med begrepet folkehelse og folkehelsearbeid?

2: Hva slags grunnlagsmateriale benytter planleggere og politikere seg av i planlegging og beslutninger vedrørende folkehelse?

3: Hvilke faktorer er viktigst å påvirke for å kunne styrke folkehelse i kommunen, hvorfor og hvordan?

Studien kartlegger hva grupper bestående av politikere og planleggere i tre (3) kommuner i Nord-Trøndelag fylke forstår med å ivareta kunnskapshensyn i folkehelsearbeidet.

Resultatet av undersøkelsen vil kunne være et bidrag i kunnskapsgrunnlaget for å kunne si noe om hvordan en kan påvirke faktorer som er bestemmende for befolkningens helse.

3 Teorigrunnlag

Dette kapitlet tar for seg de teoretiske perspektiver som studien bygger på, både i forhold til relaterte studier til selve begrepet *kunnskapsbasert folkehelsearbeid* og annen relevant teori for problemstillingen.

3.1 Aktuelle relaterte studier

Her vil jeg spesielt trekke fram åtte (8) studier som belyser temaet om hva som kan være innholdet i begrepet *kunnskapsbasert folkehelsearbeid*.

I boken *Folkhälsa og hälsofremjande insatser* (Naidoo og Fossum, 2007) diskuterer forfatterne hva det vil si å ha et evidensbasert perspektiv i forebyggende og helsefremmende arbeid, og generelt betydningen av evidens. De konkluderer med at det beste er å benytte seg av et bredt evidensbegrep, som erkjenner og verdsetter flere ulike typer av evidens.

Randomiserte kontrollerte studier, så vel som kvalitative prosessstudier samt brukernes synspunkter og fortellinger, utgjør et nødvendig bredt evidensbegrep.

I sin bok om *Grundläggande folkhälsovetenskap* (Pellmer og Wramner, 2007) drøfter forfatterne hvordan medisinsk forskning og annen naturvitenskap ikke ensidig må få definere hva som er vitenskapelig, folkehelsearbeidet må bedømmes etter en rekke andre vitenskapelige grunner. Folkehelsearbeidet må være tverrvitenskapelig, både kvalitative og kvantitative studier må involveres, og delaktigheten av befolkningen må fremmes.

Evidence-based Policy, A Realist Perspectiv (Pawson, 2006) kritiserer forfatteren systematiske kunnskapsoppsummeringer som hos Cochrane som den beste måten å drive

kunnskapsbasert arbeid på. (Cochrane Library inneholder i hovedsak oppsummert kunnskap om effekt av behandling og tiltak i helsevesenet. Resultater fra kliniske studier oppsummeres i systematiske oversikter (Wiley og Sons, 2010)). Pawson (2006) introduserer en mer realistisk syntese som henter inn studier fra en rekke ulike typer studier og informasjonskilder, som inkluderer både erfaring og brukerne. Han er spesielt opptatt av å vektlegge det kontekstuelle i folkehelsearbeidet.

Evidence for Population Health (Heller, 2005) drøfter viktigheten av å videreutvikle et eget evidensgrunnlag for folkehelsearbeidet, og presiserer nødvendigheten av at befolkningen involveres gjennom ulike medvirkningsprosesser.

Næss (Næss, 2003) drøfter i *Risikobegreper og folkehelse på to ulike måter* det problematiske ved å anvende metodene innen kunnskapsbasert medisin ukritisk på gruppenivå. En viktig konklusjon er at å behandle individer er ikke det samme som å behandle hele befolkningen.

World Report on Knowledge for Better Health (WHO, 2004) tar for seg hvordan knytte undersøkelser/kunnskap til handling. Rapporten beskriver tre måter om hvordan beslutningstakere kan benytte kunnskapsbaserte undersøkelser på. Det er å kombinere forskning med annen type kunnskap, å initiere forskning på de områdene det ikke finnes nok kunnskap på og å utvikle beslutningstakernes kapasitet til å benytte slik kunnskapsbasert kunnskap.

Davies (Davies m.fl., 2000) beskriver at koblingen mellom politikk og praksis på den ene siden, og undersøkelser og kunnskap på den andre siden ikke er enkel og rettlinjert. Randomiserte kontrollerte studier er sterke på kvantitative forhold, men svake på forståelsen av kontekst og meninger enkeltpersoner gir til en slik sammenheng. Konsekvensen av dette er at en trenger å koble sammen kunnskap fra kvalitative og kvantitative undersøkelser, for å kunne svare på hva som virker.

Gray (Gray og Ison, 2009) skriver i sin bok *Evidence-based healthcare and public health. How to make decisions about health services and public health* til de som foretar beslutninger om pasientgrupper og populasjoner. De skisserer at en viktig utfordring i folkehelsearbeidet er å supplere eksisterende kunnskap med kvalitative studier, og å øke antallet og kvaliteten på slike studier. For som i klinisk praksis må det være tre typer innspill også til folkehelsebeslutninger; evidens, verdier og populasjonens behov og ressurser.

Oppsummert viser disse relevante studiene at planer og beslutninger i folkehelsearbeidet må gjøres på et bredt kunnskapsgrunnlag. Det synes å være enighet om at kjennetegn på kunnskapsbasert folkehelsearbeid må bygge på både kvalitative og kvantitative studier, tverrsektorielt arbeid og at befolkningen selv må involveres. Alle studiene beskriver at å benytte den samme metodiske formelen som ved *evidence based medicin* eller *practise*, er mangelfull til bruk på en hel befolkning og dermed folkehelsearbeidet.

3.2 Annen relevant teori

3.2.1 Folkehelsearbeid

Det er vanskelig å finne en presis definisjon av begrepet folkehelse. En definisjon av begrepet folkehelse er å oppfatte dette som helsetilstanden i en avgrenset befolkning, et land eller en region. Folkehelsen er noe annet og mer enn summen av de enkelte innbyggeres helsetilstand. Begrepet tar også opp i seg økonomiske, fysiske, psykiske og miljømessige forhold som påvirker helsetilstanden (Nylenna, 2005).

Det er også vanskelig å finne enkle, entydige og bredt aksepterte kriterier for vurdering av folkehelsen. Som regel må derfor helsetilstanden i en befolkning beskrives indirekte gjennom et omfattende sett av indikatorer for helsetilstand, helseproblemer og forhold som påvirker helsetilstanden (Nylenna, 2005). Dette kan være ulike helseundersøkelser, men også statistikk og undersøkelser vedrørende levekår. Slik statistikk omhandler som regel faktorer som dødelighet (mortalitet) og sykdom (morbiditet). Jeg har ikke registrert undersøkelser som har oppmerksomheten rettet mot helsefremmende faktorer i samfunnet (Antonovsky, 1991). Det tyder på at en mangler kartleggingsverktøy over slike faktorer.

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å styrke faktorer som fremmer helsen, redusere faktorer som medfører helserisiko og beskytte mot ytre helsetrusler. Videre skal folkehelsearbeidet bidra til en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen. Folkehelsearbeidet er sektorovergripende og omfatter tiltak i mange samfunnssektorer med sikte på å utvikle et samfunn som legger til rette for positive helsevalg og sunn livsstil, fremme trygghet og medvirkning for den enkelte og gode oppvekstvilkår for barn og ungdom – og til sist forebygge sykdommer og skader (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Folkehelsearbeid forutsetter derfor både forebyggende og helsefremmende arbeid, som har ulike, men komplementære tilnærminger (Mittelmark og Hauge, 2003). Forebyggende arbeid tar utgangspunkt i kjente og kunnskapsbaserte risikofaktorer for sykdom og uhelse og innebærer tiltak for enten å fjerne, begrense eller stenge ute slike faktorer både for enkeltindividet og befolkningen.. Historisk sett har dette preget folkehelsearbeidet fram til 1980-tallet, hvor det forebyggende arbeidet ble utfordret av en *"ny og radikal helsefremmende bevegelse"* (Mæland, 2005). Inntrykket er likevel at folkehelsearbeidet preges av forebyggende arbeid. Både i litteraturen og i muntlige innlegg kan en se og høre ulike beskrivelser på hva helsefremmende arbeid, og om hva forskjellen av disse to tilnærminger består i. Jeg velger å bruke WHO sin definisjon på helsefremmende arbeid som er *"den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse"* (WHO, 1986). Det sentrale i helsefremmende arbeid er den enkeltes og/eller lokalsamfunnets mulighet for å ha aktiv innflytelse over sin egen situasjon. Nutbeam (Nutbeam, 1987) sier det på denne måten; *"Health promotion is the process of enabling individuals and communities to increase control over the determinants of health and thereby improve their health"*. I tillegg omfatter det helsefremmende arbeidet en styrking av faktorer som fremmer helse framfor å ha oppmerksomheten mot sykdomsfremkallende faktorer. Dette innebærer å ha et salutogent perspektiv på folkehelsearbeidet, og i motsetning til et patogent (Antonovsky, 1991).

Forebyggende arbeid kjennetegnes av en styring "ovenfra" ("top-down"), hvor risikofaktorer og tiltak blir iverksatt med utgangspunkt i de profesjonelles virkelighetsforståelse. Den helsefremmende tilnærmingen tar utgangspunkt i ressurser og positiv helse og har en styring "nedenifra" ("bottom-up"), og har som mål å fremme deltakelse og empowerment (myndiggjøring) i befolkningen (Mittelmark og Hauge, 2003)).

Både i sykdomsforebyggende og helsefremmende tilnærminger er befolkningen målgruppe, og lokalsamfunn og nærmiljø er av stor betydning i tilnærmingene. Den viktigste grunnen til dette er at det er det lokale sosiale, kulturelle og fysiske miljøet som har størst innvirkning på livskvalitet og helse (Mittelmark og Hauge, 2003). Utgangspunktet for lokalmiljøtilnærmingen i helsefremmende arbeid finnes i tilknytning til prinsippet om empowerment (myndiggjøring), og i tilknytning til WHO's utgangspunkt for helsefremmende tilnærminger, nemlig at *"helse skapes innenfor settinger der hvor folk bor, arbeider, leker og elsker"*. I det norske folkehelsearbeidet er lokalsamfunnet begrunnet i NOU 1998: *"Vi må forholde oss til lokalsamfunnene når vi skal arbeide for god folkehelse, fordi det er samspillet*

mellom individ, gruppe og lokalsamfunn som utgjør den arena hvor empowerment har størst virkning” (Helsedepartementet, 1997).

Det er også interessant å bringe inn hva befolkningen selv sier om hva som har betydning for god helse og derved god folkehelse. I studien ”Helse – slik folk ser det” (Fugelli og Ingstad, 2001) presenterer forfatterne en kvalitativ studie hvor trivsel er gjennomgående når informantene skal forklare hva god helse er for dem.

3.2.2 Helsefremmende politikk

Politikk for helse er noe langt mer enn spesifikk ”helsepolitikk”, som i hovedsak dreier seg om hvordan helsetjenestene skal organiseres og fordeles. Politikk for helse inkluderer alle politiske handlinger som implisitt eller eksplisitt har helsekonsekvenser. Siden folkehelsen påvirkes fra så mange hold, får en rekke politiske valg utenfor helsesektoren betydning. Knappt noe område innen politikken kan sies å være uten betydning for befolkningens helse og livskvalitet. En *helsefremmende politikk* er derfor noe mer enn *helsepolitikk*. Likevel oppfatter mange det slik at helse tilhører helsesektoren, noe som gjør det vanskelig å bryte ned den sektoriseringen av offentlig innsats som preger velferdssamfunnet (Mæland, 2005).

WHO definerte på den andre internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid, helsefremmende politikk som: *An explicit concern for health and equity in all areas of policy and by accountability for health impact. The main aim of a healthy public policy is to create a supportive environment to enable people to lead healthy lives. Such a policy makes healthy choices possible or easier for citizens* (WHO, 1988). Dette understreker Mælands beskrivelse, og understøtter det som flere beskriver, at helse skapes innenfor alle settinger og samfunnssektorer (Tones og Green, 2004, Mittelmark og Hauge, 2003).

Tones & Green (2004) hevder at mulighetene til å omsette helsefremmende målsettinger til politiske vedtak ligger i å sørge for, og stimulere til, samhandling mellom lokale myndigheter, forskningsmiljøer og lokalmiljøet. På denne måten kan en bidra til kunnskapsbaserte politiske beslutninger.

I likhet med helsefremmende arbeid generelt er det også for helsefremmende politikk slik at de lokale nivåene er de viktigste for iverksetting av helsefremmende politikk. Mittelmark

(2003) siterer Trevor Hancock fra British Colombia, som argumenterer for at lokalsamfunnet er den politikerarenaen hvor helsefremmende arbeid har størst mulighet for å lykkes.

Lokalpolitikere og ledende personer i lokalsamfunnet har en direkte interesse i de beslutningene de fattet, ikke minst fordi de identifiseres med dem.

Flere forfattere understreker at *helsekonsekvensutredninger* (HKU) kan være et verktøy for å oppnå en mer helsefremmende politikk (Fosse, 2005). Ved vurderinger av helsekonsekvenser fokuseres det på direkte og indirekte virkninger av en politikk og framgangsmåter for å realisere den. Man søker også å identifisere hvilke faktorer som virker bestemmende for helse i et lokalsamfunn, og man tar stilling til hva som konkret kan gjøres for å bidra til utvikling av en helsefremmende politikk (Mittelmark og Hauge, 2003). Det er to mulige perspektiv på helsekonsekvensutredninger. De kan gjennomføres ekspertstyrt med profesjonell ledelse og/eller gjennomføres mer demokratisk med såkalt ”grasrottilnærming”. For begge anvendes et bredt spekter av kunnskapskilder, men metodene som anvendes er langt fra ferdig utviklet. Mittelmark (2003) hevder at ”*på lokalnivået er manglende HKU-metodikk akilleshælen for utvikling av helsefremmende politikk*”. Tverrsektorielt samarbeid og partnerskap er en forutsetning i helsekonsekvensutredninger. Deltakelse fra alle interessenter vil bidra til en bedre forankring av prosessen. Det er også viktig at reduksjon av sosiale ulikheter i helse, og HKU som et middel til å nå dette målet, har oppslutning på politisk nivå (Fosse, 2005).

I innstillingen fra helse – og omsorgskomiteen på Stortinget til Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet heter det at ”*flertallet mener det er behov for en generell styrking av det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet*”, og videre mener deler av komiteen at ”*kunnskapsbasert folkehelsearbeid er et eget fagområde*” (Helsedepartementet, 2009).

Dette danner overgangen til neste teoriemne, om begrepene kunnskap og evidens.

3.2.3 Kunnskapsbegrepet

Teorigrunnlaget beskriver så langt ikke hva som ligger i begrepet *kunnskapsbasert folkehelsearbeid*, eller hva som er kjennetegnene på at folkehelsearbeidet er kunnskapsbasert. Det er derfor nødvendig med en diskusjon om både kunnskapsbegrepet – og evidensbegrepet.

Til alle tider har mennesker vært opptatt av å søke etter kunnskap. Innenfor vestlig filosofi har man helt siden de gamle grekerne stilt spørsmål om kunnskap; hva er kriteriene for å bestemme den, finnes det alltid plass til tvil, eller lar det seg gjøre å peke på absolutt sikker kunnskap? Er det forskjell mellom kunnskap på den ene siden, og intuisjon, overbevisning, ferdighet og erfaring på den andre? Slike spørsmål hører hjemme i epistemologien (Aadland, 2004). Epistemologi er studiet av kunnskap og prosessene som leder til kunnskap.

Kunnskapen har mange ansikter. Aadland (2004) beskriver at den kan være hard som en kreftdiagnose og kald som statistikk, men også betagende som en sommerkveld og berusende som et kjærtegn.

Det finnes mange ulike kunnskapsperspektiver, og Aadland (2004) lister opp betegnelser som objektiv kunnskap, subjektiv kunnskap, relativ kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, taus kunnskap, kroppslig kunnskap, relasjonell kunnskap, moralsk kunnskap og estetisk kunnskap. Kunnskap er fellesnevneren i alle disse forskjellige kategoriene, men det er til dels svært ulik bruk av ordet fra den ene kategorien til den andre. Aadland (2004) hevder at det nærmest er vanntette skott mellom vitenskapelig underbygd objektiv kunnskap og til eksempel moralsk kunnskap. Her følger en refleksjon over ulike former for kunnskap som har aktualitet i folkehelsearbeidet. Det er hensiktsmessig å dele de i fire hovedkategorier; 1: Påstandskunnskap, 2: Subjektiv kunnskap, 3: Fortrolighetskunnskap og 4: Kunnskap om det rette, det vakre og det guddommelige (Aadland, 2004).

1: Tradisjonelt har man forbeholdt begrepet *vitenskapelig* til påstandskunnskap, om det som er objektivt og absolutt sant. Fra 1600-tallet og helt fram til de seneste årene har vitenskapsidealet som Descartes (1596-1650) og Newton (1642-1727) introduserte, hatt en nærmest enestående posisjon (Aadland, 2003). Descartes hovedanliggende var å komme fram til absolutt sikker kunnskap. Han utviklet et omfattende tankesystem og regnes som en av grunnleggerne av moderne naturvitenskap, av *den matematiske naturvitenskap*. For Descartes var naturvitenskap egentlig matematikk, den matematiske framgangsmåte var metodeidealet. Naturen, inkludert kroppen, ble betraktet som mekaniske systemer – automater – og forklart i matematiske termer (Thornquist, 2002). Descartes ble regnet for å tilhøre rasjonalistene, de som betoner fornuften som erkjennelses- og kunnskapskilde.

Rasjonalismen etterfølges av empirismen og positivismen. John Locke og David Hume er sentrale erfaringsfilosofer – empirister. Deres hovedanliggende var at all ekte kunnskap

stammer fra sanseerfaring. Vi befinner oss på 1800-tallet og August Comte (1798-1857) lanserer positivismen. Han mente at et studium får rang først når det er i stand til å formulere allmenne og omfattende lover for de konstante forhold mellom fenomener som studeres. De to vitenskapsteoretiske posisjonene rasjonalisme og empirisme/positivisme framstilles ofte som motsetninger, men de har mange fellestrekk. Begge retningene var oppatt av å utrydde overtro og spekulasjoner, og erstatte dette med sikker, universell, lovmessig kunnskap. At dagens moderne medisin, den offisielle medisinen, er forankret i en empirisk/positivistisk tenkning gir grunn til å gi disse retningene ekstra omtale, siden dette også danner mye av grunnlaget for den såkalte evidensbaserte medisinen eller kunnskapsbaserte medisinen (Thornquist, 2002). Thornquist (2002) skriver at begrepene naturvitenskap og positivisme ofte brukes om hverandre som om det var identiske begreper. Hun hevder at dette ikke er riktig. Naturvitenskap dreier seg om vitenskap der gjenstandsfeltet er naturfenomener. Vi har med å gjøre med fenomener som i seg selv er uten evne til å snakke, tenke, som er uten hensikter, forventninger, formål og verdier. Positivisme derimot, er navnet på en vitenskapsfilosofisk retning som innebærer en bestemt oppfatning av erfaring og erkjennelse, og av hva som er sann kunnskap. Naturvitenskapelig kunnskap er slik sett en helt nødvendig forutsetning for adekvat og forsvarlig helsearbeid generelt, men utilstrekkelig. Naturvitenskapelig forskning er følgelig høyst nødvendig i helsefag, men kan aldri belyse fagenes sammensatte og sosiale karakter og dets meningsdimensjoner. Eksempel på slik kunnskap i folkehelsearbeidet er kvantitative undersøkelser med statistikk over kvantifiserbare helseopplysninger.

2: Subjektiv kunnskap er relativ og flyktig. Den avhenger av person, tid og sted (Aadland, 2004). Et kjent eksempel for å illustrere dette er Platon sitt tankeeksperiment som han lar Sokrates utføre, er det som omtales som "Platons hule" (Aadland, 2004). Budskapet i denne "lignelsen" er at vi ikke må forveksle den verden vi ser og hører med den virkelige verden, vi har ingen garanti for at verden faktisk er slik den oppfattes. I dag er det en utbredt oppfatning at vi ikke kan vite noe helt sikkert. Man går lenger i oppløsningen av sikker kunnskap enn Platon selv, det vil si at den skifter med person, tid og sted. Subjektiv kunnskap vil være en del av skjønnsutøvelse.

3: Fortrolighetskunnskap - å vite hvordan, er kunnskap som yrkesutøvere utvikler som en vesentlig del av sin profesjonalitet. Slik kunnskap kan det være vanskelig å sette ord på (Aadland, 2004). Kunnskapen er et "*kunnande som en form för uppmärksamhet*" (Molander, 1996). På samme måte som en kunstner ikke skaper mesterverk ved å kopiere mestere, ligger

utfordringen i å utvikle sitt eget blikk og sin faglige oppmerksomhet til å se mulighetene. Selve evnen til å føle seg fram til gode løsninger er en form for kunnskap. Aadland (2004) deler denne fortrolighetskunnskapen inn i erfaringsbasert kunnskap, taus kunnskap, kroppslig kunnskap og relasjonell kunnskap.

Erfaringsbasert kunnskap erverves gjennom å praktisere et ”fag” og utvikles gjennom refleksjon der praktikere lærer av erfaring, sin egen så vel som andres. Molander (1996) har tatt til orde for en oppvurdering av den intuisjonen og den avanserte oppmerksomhet mot helheten. Han hevder at det er misforståelse at praktikere ikke tenker. Forskjellen til den tradisjonelle akademikeren er bare at håndverkeren tenker, vurderer og planlegger samtidig som han eller hun handler. Det å bruke skjønn i ens resonnering regnes også som erfaringsbasert kunnskap (Grimen og Terum, 2009). Begrepet skjønn kommer fra det gammelnordiske ordet ”skyn” og betyr omdømme, forstand, dømmekraft, vurdering og vett. Grimen (Grimen, 2009) sier at skjønn er en form for resonnering under ubestemthet, det er resonnering med svake normative holdepunkter. I samfunnsmedisinsk sammenheng har andre definert skjønn som en vurderende aktivitet som må til fordi faktagrunnlaget gjennom entydige logiske slutninger eller formaliserte regelverk ikke alene gir svaret (Øgar, 1996). Folkehelsearbeid er samfunnsmedisin, og bruk av skjønn vil være nødvendig i mange situasjoner.

Taus kunnskap omfatter det vi kan uten å kunne forklare det. Vi forvalter en type kunnskap som er førbevisst, og som vi tilegner oss gjennom å gjøre saker og ting. En mer presis oversettelse av begrepet vil etter manges mening være å tale om uartikulert kunnskap (Aadland, 2004). Dette kan også være en del av erfaringsgrunnlaget ved skjønn.

4: Kunnskap om det rette, det vakre og det guddommelige er den siste hovedgruppen av kunnskap (Aadland, 2004). Dette omfatter det som han kaller moralsk kunnskap, estetisk kunnskap og religiøs overbevisning. Moralsk kunnskap i folkehelsearbeid kan være i forhold til levevaner, og estetisk kunnskap kan knyttes til både kultur og tilrettelegging.

Oppsummert kan en si kunnskapen har et Janus-ansikt (Aadland, 2004). Kunnskap ytrer seg som påstandskunnskap om en objektiv virkelighet, subjektiv kunnskap om hva en selv ser som vesentlig, fortrolighetskunnskap som viser seg gjennom ordløse ferdigheter, og som moralsk, estetisk og religiøs kunnskap. Aadland (2004) hevder at helse- og sosialarbeid forutsetter flere slags kunnskapstyper. Det samme mener jeg kan sies om folkehelsearbeid.

3.2.4 Evidensbegrepet

Begrepet evidens har i de senere år tiltrukket seg sterk og fornyet interesse. ”*Evidensbasert alt-mulig*” er blitt et plussord (Rieper og Hansen, 2009). Evidensbasering handler om å utarbeide politikk, praksis og så videre med bakgrunn i den best mulige viten om hvilke innsatser som virker (Grimen og Tørum, 2009). Men flere bruker ordet *kunnskapsbasert* oversatt fra det engelske *evidence based*, synonymt med *bevis* for at tiltak har effekt (Bjørndal, 2000). Da evidens ikke er et entydig begrep, er debatten om evidenstankegangen intensiv og ofte polariserende (Grimen og Terum, 2009).

Angel (Angel, 2003) hevder at kunnskapssynet i evidensbaserte programmer lokaliserer og definerer problemer kun på individnivå. Denne type fornuft bygger på en antagelse om at kjennetegn ved mennesket er målbare størrelser. Hvis en gjennomfører målinger på en riktig måte vil de gi de samme resultatene uavhengig av hvem som gjennomfører dem. Å bruke vitenskapelige målemetoder gir inntrykk av objektivitet. Alt dette danner et inntrykk av at den profesjonelle bygger sin praksis på allmenngyldige kunnskaper og lovmessige sammenhenger. Når de som forfekter de evidensbaserte programmene snakker om kunnskap, skjer det ofte sammen med begreper som forskningsbasert, gyldig og oppdatert. Kunnskapen presenteres på en måte som gir inntrykk av at den er tuftet på evidens samtidig som den framstilles som noe annet og mye bedre enn skjønn og erfaringsbasert kunnskap (Angel, 2003).

Begrepet evidensbasert dreier seg om noe mer enn de tradisjonelle begrepene som dokumentert kunnskap, forskningsbasert eller vitenskapelig bevist. Det dreier seg om en helt spesiell metode hvor man stiller spesifikke krav før resultatene godkjennes. Forskingen som godkjennes i evidensbaserte programmer bygger på randomiserte studier som legges inn i databaser hvorpå en foretar metastudier for å finne ut hvilken behandling som gir de beste resultatene (Melberg, 2002). Derfor blir det for unyansert å oversette evidensbasert med kunnskapsbasert.

Bråten (Bråten, 1983) sier at på sett og vis kan en si at den teoretiske kunnskapen har et modellmonopol på hvordan kunnskap ser ut, og den fungerer som en rådende kunnskapsnorm i samfunnet. Lignende resonnementer reises av flere hvor en fokuserer på hva slags kunnskap som gir makt. Det er her naturlig å nevne også Foucaults maktanalyse, hvor han konkluderer

med at maktutøvelse i samfunnet er nært knyttet til utviklingen og forvaltningen av kunnskap (Halvorsen, 2005).

Flere av kritikerne til *kunnskapsbasert praksis* beskriver at det finnes en rangordning av primærstudier som kan inkluderes i systematiske oversikter. Denne rangordningen av forskningsdesign er blitt kalt kunnskapshierarkiet, og kunnskapshierarkiet er for mange synonymt med kunnskapsbasert praksis (H.F.Hansen og O.Rieper, 2007). Rangeringen av evidens er basert på prinsippet om at noen forskningsdesign er mer rigorøse enn andre, og at disse designene er mer til å stole på spesielt når kliniske beslutninger skal fattes (Phillips og al, 2001). Det finnes ingen entydig etablert enighet om den eksakte rangeringen, men hovedtrekkene i den mest etablerte rangeringen er at det randomiserte kontrollerte forsøket (RCT) står øverst i hierarkiet og betraktes som gullstandard. Ikke-randomiserte undersøkelser og observasjonelle design står i en mellomstilling. Essensen i kritikken er at kunnskapshierarkiet er rettet mot tradisjonell naturvitenskap med vekt på RCT og systematiske oversikter i en tid med utvikling av nye kunnskapsparadigmer (Pearson og al, 2007). Mer konkret er det blitt hevdet at kunnskapshierarkiet kun rangerer målbar kunnskap. Det reageres mot at kvalitativ forskning rangeres lavest og at dette innebærer en nedvurdering av humanistisk forskning og erfaringsbasert kunnskap. Kritikerne mener at alle kunnskapsformer bør være likestilte. Tilhengere av kunnskapsbasert praksis viser til kjernespørsmålene i helsetjenesten i sitt motsvar. Disse forskningsspørsmålene gir svar på spørsmål om erfaringer/holdninger, forekomst, årsak, diagnostikk, prognose og effekt. Poenget er at ulike kjernespørsmål krever ulike forskningsdesign. Det er først og fremst når det gjelder effektspørsmål at kunnskapshierarkiet har sin relevans (Nordtvedt og Hansen, 2001). Det vil si når formålet er å undersøke effekt av forebyggende, behandlende eller rehabiliterende tiltak. Men den gjelder også for diagnostikk, prognose, årsak og skadevirkninger (Phillips og al, 2001). Det som da gjenstår og hvor kunnskapshierarkiet ikke har relevans gjelder først og fremst spørsmål om erfaringer/holdninger.

Mange av kritikerne av evidenstenkningen knytter den til positivismen og maner til ny positivismestrid. Noen av tilhengerne knytter den også til positivismen (Grimen og Terum, 2009). Grimen (2009) beskriver de fryktede konsekvenser som kritikerne har ved å benytte et evidens- eller kunnskapshierarki. Vil det føre til at viktige typer kunnskap som for eksempel praktisk kunnskap forsvinner? Vil de prosedyrene for kunnskapssøking og kunnskapshåndtering som evidensbevegelsen foreslår å innføre i profesjonell praksis føre til

at kompleksiteten i de problemene som profesjonelle møter, ikke blir tilstrekkelig ivaretatt? Passer en slik tilnærming først og fremst på enkle, lett avgrensbare og lett definerbare problemer, hvor man også kan forvente enkle, lett identifiserbare løsninger? Vil det kanskje i særlig grad gå ut over de ”myke” profesjonene, for eksempel sosialt arbeid. Grimen (2009) stiller spørsmål ved om det kan finnes alternative måter å diskutere evidensstenkningen på, som ikke binder diskusjonene for sterkt til gamle debatter, og som samtidig tar hensyn til den uro som motiverer kritikerne. Dette er et sentralt spørsmål i det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet, hva skal innholdet i begrepet være?

Det vil være utfordringer når kunnskapsbasert praksis skal implementeres i helsefremmende arbeid. Dette gjelder spesielt fordi den aktuelle kontekst eller ”setting”, og befolkningens medvirkning, er sentral for tiltak innen helsefremmende arbeid. En endring i de profesjonelles rolle, særlig helsetjenesten, er også sentralt i helsefremmende arbeid, og vil her kunne by på utfordringer.

4 Metodiske hensyn

Wilhelm Aubert (Hellevik, 2002) beskriver at en metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet hører med i arsenalet av metoder. Jacobsen (Jacobsen, 2003) omtaler to nøkkelord ved en slik framgangsmåte; systematikk og åpenhet. Data må samles inn, behandles og presenteres systematisk. Dette krever at vi åpent klargjør hvilke metodiske valg vi har tatt, og at vi begrunner hvorfor. Jacobsen(2003) hevder at hensikten med dette er å åpne for kritikk, diskusjon og dialog om de funn vi presenterer. Kun gjennom slik diskusjon og utveksling av synspunkter kan vi videreutvikle kunnskap. Valg av metode bør komme som en konsekvens av hva vi ønsker å undersøke. Sagt på en annen måte, det er problemstillingen som bør styre metodevalget, ikke hva slags metode vi eventuelt er tilhengere av (Jacobsen, 2003).

4.1 Valg av metode

Når vi har utarbeidet problemstillingen, bør vi velge det undersøkelsesopplegget som passer best til den spesielle problemstillingen (Jacobsen, 2003). Min problemstilling, eller spørsmålet jeg har stilt, omhandler hva politikere og samfunnsplanleggere forstår med begrepet *kunnskapsbasert folkehelsearbeid*. Problemstillinger kan grovt sett deles inn i tre hovedtyper problemstillinger – forståelsesorientert, beskrivende og forklarende /kausal, og disse fordrer

ulike undersøkelsesopplegg (Jacobsen, 2003). Mitt spørsmål kommer i gruppen forståelsesorientert problemstilling. Jeg ønsker å forstå informantenes virkelighet eller erfaring angående bruk av kunnskap i folkehelsearbeidet i kommunen. For å dokumentere dette har jeg derfor valgt kvalitativt forskningsdesign.

4.1.1 Kvalitativ metode

Metodisk betyr det å samle inn kvalitative data en induktiv tilnærming (Jacobsen, 2003). Dette innebærer at den som undersøker forsøker å samle inn data så åpent som mulig og å legge så få føringer på det som skal undersøkes som overhode mulig. Jacobsen (2003) beskriver dette som at man skal unngå å gå ut med en klar oppfatning av hva man leter etter, fordi dette kan føre til at man bare ser det man har bestemt seg på forhånd for å se, og dermed at man bare får bekreftet sine antagelser. Thagaard (Thagaard, 2003) beskriver induktiv tilnærming som at man nærmer seg forskningsfeltet uten klare hypoteser, og en lite presis problemstilling. En slik tilnærming er hensiktsmessig når det eksisterer lite kunnskap på feltet. Dette designet kan også beskrives som eksplorerende, problemstillingen er uklar eller svært grov og man ikke kan stille klare hypoteser. Designet er spesielt anvendelig i situasjoner hvor man står overfor fenomener man ønsker å vite mer om og hvor man ikke har klare ideer om hvordan fenomenet eller problemstillingen skal analyseres (Sander, 2004). Med bakgrunn i dette mener jeg min problemstilling best belyses ved kvalitativ metode, og til å dokumentere hva informantene forstår med kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommunal samfunnsplanlegging, har jeg valgt å benytte fokusgruppeintervju.

4.1.1.1 Fokusgruppeintervju

David Morgan, en av de mest siterte fokusgrufforskere beskriver fokusgrupper slik; *”fokusgrupper kan forstås som en forskningsmetode, hvor data produseres via gruppeinteraksjon omkring et emne som forskeren har bestemt. Kjennetegnet er kombinasjonen av gruppeinteraksjon og forskerbestemt emnefokus”*. Deltakerne utveksler beretninger om handlinger og forståelser som en del av interaksjonen i en sosial, hverdagslig gjenkjennelig kontekst rundt omkring forskeren (Halkier, 2008). Malterud (2003) omtaler fokusgrupper som spesielt godt egnet hvis man vil lære om erfaringer, holdninger og synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler. Det samme gjør Halkier (2008) som

sier at; *”fokusgruppens kombinasjon av gruppeinteraksjon og emnefokus gjør den som metode spesielt egnet til å produsere empiriske data, som sier noe om meningsdannelse i grupper”*.

Fokusgruppeintervju er forankret i en hermeneutisk/fenomenologisk vitenskapsteoretisk tradisjon siden de bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi) (Malterud, 2002). Målet med intervjuet er å utforske innholdet i fenomenet *kunnskapsbasert folkehelsearbeid* slik det oppleves for de involverte innen deres naturlige sammenheng

4.2 Tilgang til forskningsfeltet

Gjennom mitt arbeid hadde jeg tilgang til flere kommuners samfunnsdel av Kommuneplanen. Som høringsinstans for planen hadde jeg oversikt over nylig vedtatte planer og planprogram i flere kommuner i fylket. Jeg fant det naturlig å skulle ta kontakt med politisk og administrativ ledelse i tre kommuner i fylket, for tillatelse til å gjennomføre intervju med personer fra administrasjonen og fra formannskapet – henholdsvis som bidragsytere til og beslutningstakere av samfunnsdelen av kommuneplanen. Prosjektet ble funnet meldepliktig av Personombudet, og prosjektets behandling av personopplysninger ble godkjent av ombudet før jeg henvendte meg til kommunene. Ordfører og rådmann ble forespurt i brev form, med informasjon om studien og emnet. De samme, ordfører og rådmann, ble også bedt om å sette sammen gruppen av informanter til fokusgruppeintervjuet.

Et slikt utvalg kan betegnes som et strategisk utvalg. I følge Malterud (2003) er et strategisk utvalg satt sammen ut fra den målsetting at materialet har potensial til å belyse den problemstilling vi vil ta opp. Intern validitet står sentralt her – hva slags materiale kan best danne grunnlag for tolkninger og funn som lærer oss noe nytt om det vi lurte på (Malterud, 2003)? Et strategisk utvalg er vesensforskjellig fra et representativt utvalg som er det vanlige i biomedisin og epidemiologisk forskning (Forskningsetiske komiteer, 2009).

Feltkunnskap er en viktig forutsetning for å samle data fra relevante kilder. Vi må vite hvor slik kunnskap er å finne (Malterud, 2003). Ved å intervjuer både de som har utformet planen og de som har vedtatt den, er jeg av den oppfatning at denne gruppesammensetningen kan sørge for den beste interne validiteten i forhold til problemstillingen.

Det er også viktig å vurdere variasjonsbredden i utvalget. Hvis materialet eller gruppen er for homogen, kan det være vanskelig å få fram data og nyanser som gir ny kunnskap eller åpner for nye spørsmål. Variasjonsbredde vil derimot gi mulighet for å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen, men en må ta stilling til hvilke dimensjoner det er viktig å sikre variabilitet for (Malterud, 2003). Fog (Fog, 1996) fastholder at det er viktig at informantene belyser temaet fra ulike nivå i organisasjonen, gjennom at de har ulik utdanning og representerer ulike sektorer. Halkier (Halkier, 2008) sier at man ved utvelgelse i forhold til fokusgrupper skal være analytisk selektiv i forhold til problemstillingen, og at gruppene må være verken for homogene eller heterogene

De tre kommunene som er representert med hver sin fokusgruppe i erfaringsmaterialet er ulike i størrelse og innbyggertall, men har for øvrig tilnærmet lik organisering i forhold til utarbeidelse og beslutning vedrørende samfunnsdelen av Kommuneplanen – og folkehelsearbeidet i kommunen. Gruppe 1 besto av fem (5) politikere og tre (3) planleggere, av disse var det sju menn og en kvinne. Gruppe to besto av fire (4) politikere – en kvinne og to tre menn, og gruppe tre av én (1) politiker og tre (3) planleggere. Dette var kun menn. Profesjonene til deltakerne kunne være økonomer, lærere, bønder, arealplanleggere og personer med helsefaglig bakgrunn, de siste var totalt kun to personer. Blant politikerne var de fleste politiske partier representert. Jeg mener dette med variasjonsbredde er ivarettatt, og at heller ikke informantenes yrkesbakgrunn har påvirket svarene.

Jeg kunne ha ønsket meg jevnere sammensatte grupper med hensyn til antall personer, men dette hadde jeg ikke mulighet for å innvirke på, siden moderator eller intervjuer ikke skal påvirke sammensetningen.

4.3 Intervjuene

Fokusgruppeintervju er velegnet til eksplorative undersøkelser på nytt område, etter som den kollektive ordvekslingen kan bringe fram flere spontane ekspressive og emosjonelle synspunkter enn når man bruker individuelle og ofte mer kognitive intervju. Fokusgruppen har ikke til formål å komme til enighet eller presentere løsninger på de spørsmål som diskuteres, men å få fram forskjellige synspunkter på saken. Intervjuet kjennetegnes av en ikke-styrende intervjustil. Gruppemoderatoren presenterer emnene som skal diskuteres, og

legger til rette for ordveksling. Moderatoren har som oppgave å skape en velvillig og åpen atmosfære, der en kan uttrykke personlige og motstridende synspunkter på emnene som er i fokus (Kvale og Brinkmann, 2009)

Intervjuene foregikk i hver av kommunene sine rådhus, det vil si på planleggerne sine arbeidsteder og politikernes møtearena. Jeg hadde slik sett ingen mulighet til å legge til rette møtelokalet på noe som helst vis, som med kaffe og den slags. Det var politisk og administrativ ledelse som bestemte både tidspunkt og sted. Alle deltakerne hadde på forhånd fått tilsendt informasjonsskriv om studien, og alle skrev under på ”Informert samtykke” i starten på intervjuet. Alle intervjuene foregikk på dagtid. Intervjuene ble foretatt i perioden mars til juni 2010. Samtlige intervju ble tatt opp på bånd.

Med bakgrunn i tema og problemstilling hadde jeg utarbeidet en intervjuguide med tre hovedtema – med underspørsmål til hvert av temaene. Intervjuguiden var veiledende, men de tre spørsmålene var tenkt som en naturlig rekkefølge eller konsekvens av hverandre. Jeg opplevde likevel at gruppesamspillet og særlig meningsuttrykkene av og til kom på siden av temaet. Kvale (2009) beskriver også dette som et mulig utfall ved fokusgruppeintervju, og at intervjuutskriftene tidvis kan få et noe kaotisk preg. Jeg hadde mulighet for både å høre på intervjuene, og også transkribere de ulike ut mellom hvert intervju – noe som gjorde at jeg i neste intervju prøvde å få til en mer presis spørsmålsformulering. Det gjorde også at innledningen på intervjuene ble ulik fra det første til det siste.

Oppklarende spørsmål eller oppfølgingsspørsmål ble brukt noen ganger, for å få utdypet informantenes uttalelser (Kvale, 2009).

Under transkriberingen valgte jeg å skrive ut alle intervjuene på bokmål, selv om alle i intervjuene snakker dialekt. Slik sett er det skrevne intervjuet noe modifisert. Malterud (2003) beskriver problematikken rundt dette og at ordrett skriftliggjøring av muntlighet faktisk kan gi leseren et annet bilde av samtalen enn det man hørte ”*særlig hvis partene har en dialekt eller uttryksmåte med språklige særpreg*”. Mine spørsmål er også noe modifisert i det skrevne materialet. Dette skyldes at jeg ved noen tilfeller har innledninger eller forklaringer til spørsmålene som kanskje ikke var relevant til spørsmålene.

Det transkriberte intervjuet er ikke sendt tilbake til informantene for gjennomlesning og godkjenning. Muligheten var opplyst om i ”Informert samtykke”, men ingen av informantene ba om dette.

4.4 Drøfting av metodiske forhold

I dette kapitlet vil jeg drøfte forhold rundt egen forskerrolle – som forforståelse og rollen som student versus rollen som fagutøver arbeidsmessig. I tillegg vil jeg vurdere forhold vedrørende metoden i forhold til problemstillingen – og om kvaliteten av forskningen.

4.4.1 Egen forskerrolle

Et forhold omhandler ens forforståelse til undersøkelsen. *”Forforståelse er den ryggsekk vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter. Innholdet i denne ryggsekken påvirker hele veien måten vi samler og leser våre data”* (Malterud, 2003).

Begrepet forforståelse er opprinnelig knyttet til Heidegger – og senere videreutviklet av Gadamer, begge kjente ”hermeneutikere”. Gadamer videreutviklet Heideggers påstand om at vi alltid tolker med utgangspunkt i en forforståelse som igjen er gitt av en opprinnelig forståelsesmåte. Forforståelsen oppstår fordi vår identitet og vårt tankesett er uløselig knyttet til en tradisjon som vi aldri kan fri oss helt fra (Ulleberg, 2002). Som regel er forforståelsen en viktig side av ens motivasjon for å sette i gang med forskning om et tema, og det er derfor viktig å identifisere ens utgangsposisjon som forsker ved å tenke igjennom de forhold som styrer inngangen til kunnskapen (Malterud, 2003). Hun beskriver at en vanlig fallgrube er å la forforståelsen overdøve den kunnskapen som det empiriske materialet kunne ha levert, og neglisjerer det kunnskapskorrektiv som empirien representerer (Malterud, 2003).

Ved utformingen av spørsmålene har jeg prøvd å være bevisst både mitt erfaringsgrunnlag som folkehelserådgiver og mine forventninger om hva jeg tror vil finne – både med hensyn til innholdet i spørsmålene og eget språk. Jeg har prøvd å være bevisst på at empirien ikke skal brukes til å bekrefte eventuelle forhåndsoppfatninger, men også kunne motbevise det man egentlig prøver å finne.

Et annet forhold ved denne studien er knyttet til rollen som student versus rollen som folkehelserådgiver. Jeg har hele tiden vært tydelig på at jeg utfører undersøkelsen som student, som et ledd i masterutdanningen. Dette gjelder i alle henvendelser, både skriftlig og muntlig, i forkant av undersøkelsen og under selve intervjuet. Jeg har møtt noen få av informantene tidligere i arbeidssammenheng, i møter om folkehelsearbeid og presentasjon av data over en del helsevariabler i deres kommune. Hvor vidt dette har påvirket svarene i

retning av at de svarer det de tror jeg ønsker er selvsagt en mulighet, men kan ikke redegjøre for om det har hatt det. Ideelt sett burde undersøkelsen ha foregått i kommuner i et annet fylke, men siden informantene er knyttet opp mot samfunnsdelen i Kommuneplanen (som jeg har hatt til høring) ville det være langt vanskeligere å få tilgang til forskningsfeltet. Jeg tror ikke det har påvirket resultatene i noen som helst retning.

Jeg har også vært bevisst på min rolle i forhold til sammensetning av fokusgruppene, det er ikke jeg som har forespurt informantene og slik sett ikke påvirket informantene på noe vis.

4.4.2 Metodekritikk

Dette kapitlet handler omhandler en vurdering av min metodiske tilnærming, noe som også kan beskrives som metodekritikk eller metodediskusjon. Metodekritikken er min vurdering om min anvendte metode og mitt materiale egner seg for å belyse og eventuelt gi svar på min problemstilling, sagt med andre ord - en vurdering av undersøkelsens kvalitet.

Malterud (2003) tilrår at man i metodediskusjonen retter fokus mot utvalgte validitetsspørsmål. Hun skiller mellom intern og ekstern validitet (gyldighet). Med hensyn til intern validitet blir spørsmålet hva dette er sant om. Relevans er et nyttig stikkord for slike overveielser (Malterud, 2003). Har jeg brukt relevante begreper for å studere det fenomenet jeg vil undersøke? Det andre spørsmålet om validitet gjelder overførbarhet eller ekstern validitet. Stikkordet her er kontekst. Til hvilke sammenhenger kan våre funn gjøres gjeldende ut over den kontekst der vi har kartlagt den (Malterud, 2003).

Thagaard (Thagaard, 2003) bruker andre begreper i vurderingen av kvaliteten til forskningen. Hun benytter begrepene *troverdighet*, *bekreftbarhet* og *overførbarhet*. Hun mener disse begrepene framhever den kvalitative tilnærmingens særpreg, og at de på et vis kan erstatte begrepene reliabilitet (pålitelighet), validitet (gyldighet) og generalisering som benyttes i kvantitative studier. Malterud (2003) sin interne validitet vil kunne plasseres under bekreftbarhet, og ekstern validitet under overførbarhet.

Kvale (2008) anvender likevel disse begrepene også i den kvalitative forskningen. I vurdering av reliabilitet er det sentralt å spørre om det er slik at det som kommer fram i intervjuet virkelig er informantens svar, eller om spørsmålet er stilt slik at de leder til bestemte svar.

Validitet handler om i hvilken grad mine funn faktisk reflekterer de fenomen eller variabler jeg ønsker å vite noe om. Generalisering beskriver han som i hvilken grad funnene kan brukes som rettledning eller er overførbare for hva som kommer til å skje i en annen og lignende situasjon.

Thagaars (2003) troverdighet og Kvaes (2008) reliabilitet omhandler det samme. Det omhandler om undersøkelsen er gjort på en tillitsvekkende måte, slik at man gjør rede for hvordan dataene er utviklet. Jeg mener at jeg har gjort rede for både framgangsmåte med tanke på bakgrunn, tilgang til forskningsfeltet, utvalget, selve intervjuet og egen forskerrolle på "en tillitsvekkende måte".

Kvaes validitet, Malteruds interne validitet og Thagaards bekræftbarhet står for samme kvalitetsbegrep, reflekterer svarene det jeg ønsker å vite noe om og kan resultatene bekreftes av annen forskning? Dette kvalitetsbegrepet er knyttet til tolkning og drøfting, og vil derfor omtales i drøftingskapitlet. I den systematiske oversikten som ble gjort som bakgrunn for undersøkelsen fant jeg ingen undersøkelser som er gjort på tilsvarende måte og med tilsvarende utvalg. Den systematiske oversikten inneholder fellestrekk om hva kunnskapsbasert folkehelsearbeid bør inneholde, men de er ikke kommet fram som et resultat av en slik metode som jeg har brukt. De er alle gjort på bakgrunn av litteraturgjennomgang.

Overførbarhet/generalisering/ekstern validitet handler om den forståelsen som utvikles innenfor rammen av undersøkelsen, også kan være relevant i andre situasjoner. I denne sammenhengen vil det kunne være om svarene eller resultatene kan overføres til generelle arbeidsmetoder som rådgiver i folkehelsearbeidet overfor kommunene. Å drøfte dette er utenfor problemstillingens ramme.

4.5 Bearbeiding av materialet

Kvalitative data representerer ofte store mengder data, så også mitt materiale. Transkribert materiale er i min undersøkelse på 55 sider. Malterud (2003) beskriver at det hender at forskeren må erkjenne at andelen av "dødt materiale" er mer omfattende enn hun hadde trodd, og at det er viktig å ta slike erkjennelser på alvor. Hvis materialet er for omfangsrikt, er fristelsen stor til å gjøre analysearbeidet på en overfladisk måte. Bearbeidelsen har vært tidkrevende, men ikke overfladisk. Hun er av den oppfatning av at når forskeren selv gjør

transkripsjonsarbeidet, så øker muligheten for å oppdage svakheter i materialet, og risikoen for å samle utallige sider reduseres. Jeg har transkribert alt materiale selv, og ser at transkriberingen også inngår i den analytiske prosessen i en viss grad.

Malterud (2003) sier også at en tidlig i analysen må ta stilling til hvilke deler av materialet i en vil konsentrere seg om; ”rådata representerer et utgangspunkt, og fra dette velger en ut tekstelementer med potensiell kunnskapskraft”. Forskeren skal også identifisere sin analysestrategi og sitt fokus.

Jeg har i analysen av tekstmaterialet støttet meg til Halkier (2008). Hun bruker begrepene koding, kategorisering og begrepsliggjøring som redskaper til å danne seg et overblikk over materialet og for å få det redusert på en systematisk måte. Kodingen består i å gi en tematisk overskrift til hver skrevet tekstbit som meningsmessig henger sammen. På den måten finner en hva det innholdsmessig ble snakket om. Neste trinn er kategorisering hvor de forskjellige kodene som en vurderer til å henge sammen plasseres i navngitte kategorier. Disse kategoriene er det som begrepsliggjøres, problematiseres og reflekteres i forhold til teorien under drøfting.

Utgangspunktet for prosessen har vært mine tre forskningsspørsmål, og jeg har sett alle intervjuene under ett.

Jeg startet analyseprosessen med flere gjennomlesninger av alle intervjuene. Hensikten var å få et helhetsbilde av informantenes erfaringer og meninger. Malterud (2003) er opptatt av at vi i denne fasen skal arbeide aktivt for å legge vår forforståelse og teoretiske referanseramme til side, dette er en forutsetning for at vi stiller oss åpne for de inntrykk som materialet kan formidle – at vi kan høre informantens stemmer. Inntrykket var at intervjuene var ulike, til tross for de samme spørsmålene og at materialet inneholdt noe ”dødt materiale”.

Jeg tok i neste fase utgangspunkt i forskningsspørsmålene og lot de utgjøre temaene for analysene. Neste steg besto i å identifisere *meningsbærende enheter*, tekst som på en eller annen måte bærer med seg kunnskap om temaene (Malterud, 2003). Dette omtales som koding hos både Halkier (2008) og Malterud (2003). Jeg gjennomførte kodingen fysisk og materielt ved å merke tekstbiter med farge og så klippe de ut av råmaterialet. Alle tre intervjuene ble kodet sammen i forhold til tema, men sørget for å beholde informasjonen om hvor hvert utsagn stammet fra (hvilken informant og hvor).

Neste fase besto i å kategorisere de kodete meningsbærende enhetene til hvert forskningsspørsmål. De ulike kategoriene med tilhørende utsagn ble plassert under hvert av de tre forskningsspørsmålene.

Jeg har under bearbeidelsesprosessen diskutert metoden med medstudenter.

5 Presentasjon av resultater

I dette kapitlet presenteres resultater fra de tre fokusgruppeintervjuene bestående av politikere og samfunnsplanleggere i tre kommuner. Utsagnene er knyttet opp mot hvert forskningsspørsmål, og tilsvarende kategoriene som beskrevet under kapittel 4.4. Drøfting av resultatene i forhold til teori - og egen refleksjon - blir gjort i kapittel 6.

Utsagnene fra politikere og planleggere er merket med henholdsvis (PLAN) og (POL).

5.1 Hva forstår planleggere og politikere på kommunenivå med begrepet folkehelse og folkehelsearbeid?

Informantene i de tre fokusgruppene reflekterte rundt mitt spørsmål av hva de forstår med eller legger i begrepene folkehelse og folkehelsearbeid. Mange av informantene i alle gruppene trekker fram at folkehelse og folkehelsearbeid er et helhetlig arbeid og omfatter både fysisk og psykisk helse.

(POL) ” Folkehelse? I mine ører et helhetlig arbeid som gjøres av mange i hele kommunen for at helsa skal holde seg så godt som mulig. Det er ikke bare sett i fra lege eller fra denne siden, det er veldig mye annet som påvirke folkehelsa. Og du må bygge fra null år og utover.

(POL) ” Med folkehelse så tenker jeg på den generelle helsetilstanden i befolkningen i sin helhet, i for eksempel i et land eller en kommune. Så var det dette med folkehelsearbeid, der tenker jeg myndighetene sin jobbing opp mot folkehelsa, og ikke bare myndighetene, men også organisasjoner inne på samme feltet. Det gjelder interesseorganisasjoner som for eksempel kreftforeningen og funksjonshemmedes organisasjoner som yter et viktig bidrag i arbeidet opp mot folkehelse – ikke bare i helbredelse men også opp mot forebygging”

(POL) ” Folkehelse er begrepet for innbyggernes allmenne helsesituasjon og trivsel, det er liksom rammen omkring folkehelsen slik jeg ser det da. Og folkehelsearbeid, det er opplysningsvirksomhet og tiltak for å gjøre forståelsen for helsefremmende tiltak

kjent for innbyggerne, både i kommunal og nasjonal målestokk. Og da er det forebygging og konkrete tiltak for å fremme de helsetiltakene som vi setter oss som mål”.

(POL) ” *Det er ikke bare det somatiske, men også den psykiske delen av mennesket”*

Informantene omtaler dette med trivsel som en viktig del av folkehelse og folkehelsearbeidet.

(POL) ” *Men så lenge du er tilfreds så tror jeg det har stor innvirkning på folkehelse”.*

(POL) ” *Innholdet i livssyklusen er jo en del av folkehelse det og”.*

(PLAN) ” *Vi satser på kultur, trivsel, aktivitet og attraktivitet”.*

På spørsmål om folkehelse kan måles på noe vis, ga informantene uttrykk for at den kan måles på flere vis:

(POL) ” *Hvis vi føler at folkehelse er bra, at vi synes det har det bra – så vil vi si det, det vil komme til uttrykk. For hvis folk er friske både fysisk og psykisk, og ellers lever bra, så vil jo de aller fleste si noe om det i forskjellige sammenhenger”.*

(POL) ” *Det må være i form av statistikker som blir utarbeidet av myndighetene på de respektive nivåene”.*

(PLAN) ” *Det kan jo være å registrere hvor mange som bruker et aktivitetstilbud kanskje. Da må vi vise til at aktivitet fører til bedre folkehelse – og det vet vi jo”.*

(PLAN) ” *Folkehelse kan måles på mange måter, men blant annet på dette med sosiale helseforskjeller. Folk med dårlig helse kommer fort til pleie- og omsorgstjenesten – og det er jo folk som drikker mye alkohol, som røyker, som bor i dårlige hus og som har liten inntekt og som har liten utdanning”.*

Flere av informantene, spesielt planleggerne, poengterer at folkehelse og folkehelsearbeid går igjen i alle ansvarsområdene som kommunen har:

(PLAN) ” *I arbeidet mitt så har jo den nye plan- og bygningsloven fått en ny formålsparagraf som forteller litt om at alt som gjøres i kommunen skal gjøres til det beste for samfunnet og all ting som gjøres vil da også være i helsesammenheng”*

(PLAN) ” *Folkehelse er begrunnelsen for de fleste tiltakene, uten at det direkte blir sagt. Når vi bruker penger på å tilrettelegge for friluftsliv, så er jo hovedbegrunnelsen for det folkehelse. Det er jo ikke for at vi skal bruke penger på det, men for at vi skal bidra til folkehelse på det området. Det gjelder også i forhold til matsikkerhet.*

Hovedbegrunnelsen for sikring av drikkevatnet vårt er folkehelse. Og i arbeidslivet så er HMS-arbeidet også begrunnet i folkehelse”.

(PLAN) ” Så vi prøver å kvalitetssikre de hensyn som er betingelsene for en god helseutvikling – både fysisk og psykisk, slik at dette blir så god som mulig både i planarbeid eller i konsekvensene av det vi gjør og satser på”.

Informantene trekker fram den sosiale ulikheten i samfunnet sin betydning for ulikheter i helse. De reflekterer i den forbindelse rundt betydningen av arbeid, utdanning, økonomi, deltakelse og motivasjon for deltakelse som en side av folkehelsearbeidet.

(POL) ” En annen faktor som jeg tror har, om ikke stor betydning – så i hvert fall noe betydning, det er faktisk økonomi. Fordi at hvis du har dårlig økonomi, og ikke kan delta i det som de fleste av oss mener er naturlig å være med på, så blir det noe som skjer med mennesket tror jeg. Du må ha en viss økonomi for å kunne gjøre forskjellige ting, være med på det som er allment akseptert at du skal delta på, for å ha en helseeffekt derifra”.

(PLAN) ” Altså for meg da så er folkehelsearbeid knyttet til blant annet dette med å utligne forskjeller mellom helsen til folk i fra forskjellige sosiale lag”.

(POL) ” Jeg tror utdanning, altså valg av yrke har noe å si. Ikke utdanningen eller yrket i seg selv kanskje, men hvordan du opplever situasjonen du er i – selv og hvordan andre verdsetter den”.

(PLAN) ” Noe av kunsten er å finne inngangsdørene til påvirkning faktisk. Og da er det ett stikkord som kan ligge på motivasjon. Det å faktisk identifisere motivasjonsfaktorer til de som vi i dag påpeker ikke rører seg nok, hva er det som motiverer? ”.

(PLAN) ” Vi må prøve å få tak i den delen av befolkningen som ikke er så flink til å benytte seg av det apparatet vi har”.

(PLAN) ” Vi har masse fine områder som ligger der og kan brukes til fysisk aktivitet – men det er mange som ikke bruker dem, og hvordan skal vi få disse ut?”

Informantene trekker også fram dette med en økt satsing på forebygging framfor reparering og behandling som en viktig del av folkehelsearbeidet.

(PLAN) ” Vil si at forebyggende arbeid preger samfunnsdelen vår. Det er mer lønnsomt for folkehelse å sette inn tiltak tidligere”.

(PLAN) ” Vi må vri ressursene over fra reparasjon og pleie over på forebyggende. Det blir tøft, men er absolutt nødvendig”

(POL) ” Vi må få vridd budsjettet over ifra reparasjoner over til helsefremmende arbeid – det er viktig, for helsefremmende tiltak koster jo nesten ingen ting i forhold til det vi må investere ved å reparere. Men så er det å få det til da... ikke sant?”

(PLAN) ” Har veldig mye tro på at det er både nødvendig og rett å sette inn tiltakene tidligere, også her er det mye kunnskap. Har derfor tro på Samhandlingsreformen”.

(PLAN) ” Turlag, idrettslag og kommunen har lagt til rette for aktivitet – og kommunens innsats har vært beskjedent, likevel gir det mangfold igjen i forhold til folkehelseresultatet”.

Fokusgruppene deltakere fremhever fysisk aktivitet som sentralt i folkehelsearbeidet og tilrettelegging for dette. Sosiale møteplasser i den forbindelse oppfattes også som viktig.

(PLAN) ” Vi legger til rette for friluftsliv for å øke aktiviteten. For økt aktivitet gir bedre helse – fysisk og mentalt”.

(PLAN) ” Det er jo kommunens hovedoppgave å være tilrettelegger”.

(PLAN) ” Vi gjør en del i kommunen som kanskje er helsefremmende mer på det rent fysiske planet med å planlegge det arealmessige. Ved å være med og legge til rette for aktivitet i forhold til arealbruken, støtter vi opp om befolkningens mulighet til å ta ansvar for egen helse ”.

(POL) ” Det er jo den forebyggende biten som det er artig å arbeide med. Å være med og legge til rette og skape aktiviteter og sosiale møterom rundt omkring. Men selv om det er gjort ganske mye de senere årene, så har vi en del igjen – ikke minst for å klare å motivere folk til å komme og være med på det”.

(POL) ” Vi må lage arenaer. Stavganggruppen er et godt eksempel på det. Deltakerne blir påvirket og motivert av de andre deltakerne i gruppen. Det samme gjelder for andre grupper enten det er motorcross eller kampsport. De har et interessefellesskap, og dermed blir de påvirket av de med samme interesser. Å lage sånne arenaer er viktig”.

(POL) ” Hvis vi klarer å skape arenaer der unger og ungdom trives, så kan vi påvirke i rett retning”.

(POL) ” Jeg er glad for at vi har klart å legge ungdomsklubbens lokaler til idrettshallen, slik at alle kan drive med litt aktivitet. Det er mye uorganisert ungdom som er med i ungdomsklubbmiljøet, som ikke driver med organisert fotball og håndball. Men her har de likevel tilgang til andre aktivitetsmuligheter og det tror jeg er et viktig grep”.

(PLAN) ” Vi må ha en inkluderende holdning og variasjon i aktivitetstilbudet, for vi må bygge opp under mestringfølelsen til den enkelte på det nivået den er på. Det er veldig viktig at ikke noen skal falle utenfor, og derfor er mangfold noe av det viktigste”.

Informantene snakker om de frivillige organisasjoners betydning i folkehelsearbeidet.

(PLAN) ” *Jeg tror kanskje den største innsatsen, eller den største jobben vi bør gjøre framover er å få med lag og foreninger i den jobben som må gjøres i forhold til det å fremme bedre folkehelse*”.

(POL) ” *Vi er avhengige av frivilligheten. Den må være til stede*”.

(PLAN) ” *Jeg tror vi skal legge forholdene mer til rette for frivillige lag og organisasjoner, til alt som skjer i kommunen*”.

(PLAN) ” *Det sentrale for oss er jo å samhandle med frivilligheten og få fokus på økt aktivitet*”.

(PLAN) ” *Jeg tror det er veldig viktig at man ikke velter alt ansvaret over på det frivillige lag og organisasjoner. Ser absolutt nødvendigheten av at vi har en kompetent og dyktig administrasjon for råd og veiledning til lag og organisasjoner, og til å ivareta det tverrfaglige og hjelpe lag og organisasjoner i mange sammenhenger.*

(PLAN) ” *Det er mange lag og organisasjoner som utad er veldig inkluderende, men går vi de inn på klingen - hvor inkluderende er de? Tror noen er rett og slett ganske ekskluderende. Det er viktig at en prøver å få tak i de som detter utenom. Lag og organisasjoner dekker mye, men det må også være et kommunalt ansvar og forpliktelse for de som ikke fanges opp av lag og foreninger*”.

5.1.1 Oppsummering

Det første forskningsspørsmålet omhandler hva informantene legger i begrepet folkehelse og folkehelsearbeid. Det empiriske materialet viser at de vektlegger at folkehelsearbeid er et helhetlig samfunnsarbeid. Materialet viser også at de er av den oppfatning at folkehelsearbeid i større grad må vektlegge forebyggende og helsefremmende arbeid framfor behandling og reparasjon. Informantene beskriver også at tilrettelegging er et viktig område for kommunen i folkehelsearbeidet. Det kan være tilrettelegging for fysisk aktivitet, for sosiale møteplasser og for deltakelse på andre arenaer.

5.2 Hva slags grunnlagsmateriale benytter planleggere og politikere seg av i planlegging og beslutninger vedrørende folkehelse – som i samfunnsdelen av kommuneplanen?

Dette er hovedforskningsspørsmålet i forhold til problemstillingen. Informantene ble bedt om å reflektere over hvor de henter kunnskap og opplysninger som de bruker i planlegging, og som er med og avgjør deres politiske beslutninger.

Flere av de politiske informantene trekker fram dette med bruk av skjønn som viktig ved beslutninger:

(POL) ” *Jeg må jo si at, når du spør om kunnskapsbasert i forhold til politikere, så er vi jo ikke valgt inn som politikere fordi at vi er flinke til noe som helst behøver det å være. Vi er ikke valgt inn fordi vi kan så veldig mye om forskjellig ting, sånn at vi er nødt til å på en måte prøve å sortere de inntrykkene vi får – eller de innspillene vi får i fra de som enten er kommunal eller andre som er eksperter på områdene*”.

(POL) ” *Når du spør om hvor vi henter opplysningene og kunnskapen vår, så er det jo litt forskjellig. Som sagt så har vi jo vår bakgrunn, og vi blir jo farget av det vi leser og ser ellers. Når det gjelder sakene som kommer opp til politisk behandling, så ligger jo mye i det som rådmannen og saksbehandlerne skriver i forhold til offentlig lovverk og reglement og sånn. Regner med at det holder – det er deres jobb å gjøre. Nå skal jo vi som politikere drive skjønn oppi dette, og da er klart at den ballasten vi har er jo med og preger oss, og vi er jo valgt inn for den vi er egentlig, det står jo som regel et politisk parti bak oss også.*

Det som står i avisene er aldri korrekt, er det ikke. Men du kan gå bakom og hente opplysninger. Og de fleste av oss ser jo litt på TV og er på nettet og leter, og ikke minst gjennom bøker kan du jo få opplysninger. Lokalmiljøet ditt og de du omgås, er jo med og preger deg og former de meningene du har når du kommer til beslutningstakerne. Sånn må det være i det politiske systemet”.

(POL) ” *En politiker skal ikke være noen fagmann, det er administrasjonen som er fagfolk, vi skal gjøre skjønnnet oppi det her. Det er viktig egentlig*”.

De politiske informantene vektlegger også erfaring som avgjørende for sine beslutninger.

Erfaring må regnes som en del av grunnlaget for skjønnsutøvelse.

(POL) ” *Så vi lærer sånn litt av erfaring også, eller fordi at ting skjer – til eksempel en økt tilflytting til sentrum fra grendene. Vi er nødt til å ta hensyn til dette i planlegging og beslutning*”.

(POL) ” *Ved forebygging av rusproblematikk er vi avhengig av å lytte til de som har erfaring med arbeidet, ikke minst de som har vært ute for tilfeller og i samråd med fagfolk*”.

Informantene beskriver at de lar seg påvirke av ulike interessegrupper og ”pressgruppers” syn:

(POL) ” Det er ofte slik at det kommer opp ting som vi må ta stilling til. Og de var jo ingen ting av dette som var planlagt fra kommunens side – i utgangspunktet. Det hadde ikke blitt noe av hvis det ikke var noen som jobbet for det”.

(POL) ” Så tar vi jo hensyn til interessegrupper. Da vi begynte å bygge hallen så var det jo handballen som presset oss. Skal vi si det sånn på sett og vis at det samme gjelder for de fleste andre ting som har skjedd. Det er jo etter press i fra noen, eller ønske om du vil”.

(PLAN) ” Det er et ganske vesentlig poeng at det blir fokus på det som er litt dårlig, og så blir det bra – og så blir fokuset flyttet til et annet sted som kanskje trenger det mer”.

Informantene gir uttrykk for at de ikke lar seg direkte påvirke av mediaoppslag om helsesituasjonen.

(PLAN) ” Media er viktig innfallsvinkel men samtidig så er det en innfallsvinkel som farger. Det kan være livsfarlig for en som sitter på administrativ side, fordi du får forvrengt virkeligheten. Så for min del går jeg heller til kilden til det mediene skriver om. Vi må prøve å skygge unna de største mediaoppslagene”.

(PLAN) ” Ofte er det slik at helseforhold aktualiseres gjennom media, det blir blåst opp og det politiske apparatet kommer på banen. Det kommer mer eller mindre spennende forslag om å aksjonere. Tiltak blir iverksatt, som blir rutine og man er et skritt videre i forebyggingen av sykdom. Men egentlig er man kronisk på etterskudd, det skulle ha blitt rutiner lenge før dette”.

Informantene uttrykker også det blir brukt faktaopplysninger fra forskning og annen statistikk. Det er planleggerne som i størst grad sier at de benytter seg av dette:

(PLAN) ” Vil si at vi bygger mye på nasjonale utredninger og kunnskap som kommer fra departement og sånt, vi har HUNT, vi har en dyktig administrasjon med fagkompetanse på alle felt vil jeg si, for eksempel på folkehelse så har vi bygget mye på kommuneoverlegen som rådgiver. Vi prøver jo også å bringe inn lokal statistikk og fakta fra egen kommune i forhold til andre kommuner”.

(POL) ” SSB er jo en viktig faktor som vil bli mye brukt i en slik sammenheng”.

(POL) ” Det er vel i stor grad fra sektor helse og omsorg. Og det som kjennetegner de opplysningene er stor grad av pålitelighet og velfunderte framlegg”.

(POL) ” Vi lærer etter hvert, på grunn av medisinsk historie og forskning. Et eksempel på det er røyking og hvor vidt det er sunt eller ikke”.

(PLAN) ” Vi har jo fagkunnskap vi som jobber i administrasjonen, og vi vurderer opp mot lovkrav og forskrifter. Og vi foretar konsekvensutredninger”.

På direkte spørsmål om hvor vidt de bruker resultatene fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT3) svarer de at de bruker den i begrenset omfang:

(PLAN) ” Jeg må være ærlig og si pass. I saksbehandlinga så må jeg bare innrømme at helseundersøkelsen ikke har vært noe tema, men burde kanskje bli det”.

(POL) ” Sånn til HUNT så tror jeg det virker best individuelt, ikke så mye på gruppen av folk. Når vi ser på statistikken for vår kommune, så ser vi at vi er sånn rimelig gjennomsnittlig – hører til den grå massen, det er lett å skjule seg i den. Men hvis du får ei tilbakemelding som enkeltindivid, så tror jeg det er lettere.

(PLAN) ” Gjennom resultatene fra HUNT ser vi at vi geografiske forskjeller blant annet når det gjelder fysisk aktivitet. Vi er flinke til å legge til rette for de som det går greit for og er aktive, men vi må bli mer målrettet i forhold til grupper som har trengt det bedre. Der har vi en utfordring, og jeg har ikke svaret på hvordan vi gjør det. Det er viktig at vi her har kunnskap, formidler det og prøver å gjøre noe med det”.

(POL) ” Det er lett å finne kunnskap om status, men det er vanskelig å finne svar på dette her. Hvordan skal vi få de som absolutt burde vært i aktivitet til å komme i aktivitet?”.

(POL) ” Det er interessante studier som en må ta med seg i planlegginga av samfunnet

(POL) ” HUNT finner ut veldig mye om helsa vår, men om kommunen greier å bruke det så voldsomt og får den store betydningen er jeg ikke sikker på”.

Under informantenes refleksjoner rundt borgernes medvirkning i planer som angår samfunnsutviklingen uttrykker informantene at dette er sentralt i folkehelsearbeidet:

(PLAN) ” Med den nye planloven som trådte i kraft i 1.juli i fjor ble dette framhevet. Det er jo sånn at nå må du, før du lager en plan eller før du lager en sånn plan som dette, så må du lage et planprogram som forteller hvordan du skal nå ut til folket. Det er mye mer lovbestemt akkurat de tingene der. Du MÅ lage et planprogram, og du MÅ si i det planprogrammet hvilke folkemøter du skal ha og hvordan du skal få til medvirkning. Medvirkninga i plan og bygningsloven er mye mer fokusert. Det tror jeg er bra. Vi har brukt en del av det i denne sammenheng. Den har i hvert fall fungert veldig godt”.

(PLAN) ” Vi kunne hatt grendemøter og gruppearbeid og sånn, og jeg har i grunnen stor tro på det. Men her i kommunen var det satt klare forventninger om framdrift og derfor var det helt urealistisk å kjøre en bred prosess med folkemøter. Men vi hadde flere temamøter i kommunestyret og dette ga et veldig godt resultat”.

(POL) ” Tror ikke vi kan si at vi har folkemøter her hos oss men det er mange frivillige organisasjoner som har gitt innspill”.

(PLAN) ” Tror nok det at hvis man skal satse på sånn kunnskapsbasert folkehelsearbeid, så er det med å få inn brukergruppene kjempeviktig. Det vart et helt annet innhold i delplanen for idrett og friluftsliv når vi hadde en bred medvirkningsprosess. Vi får et helt annet arbeid i ettertid fordi at de har et eierforhold til det, og alt det som vi setter i gang av arbeid fra kommunen – hiver de seg på med lyst og motivasjon”.

(PLAN) ” Det er viktig å ta hensyn til brukertilbakemeldinger. Det er viktig å følge opp en slik henvendelse med det samme. Vi er opptatt av brukerfokus. Det å gripe fatt i det som folk er opptatt av der og da, ha legitimitet og ville gjøre noe med det er viktig. Prosessen rundt dette er viktigere enn selve planen”.

5.2.1 Oppsummering

Hovedforskningsspørsmålet omhandler hva slags grunnlagsmateriale informantene bruker i planer og beslutninger vedrørende folkehelsearbeid i kommunen. Det empiriske materialet viser at de benytter seg av tre ulike kunnskapsformer. Det er bruk av skjønn, bruk av fakta og statistikk og medvirkning av befolkningen i ulike former. Informantene som er politikere beskriver at de benytter seg av skjønn og medvirkning, og i mindre grad av fakta og statistikk. De poengterer at å bruke skjønn, og den enkeltes erfaring som ligger i skjønn, nettopp er en politikers oppgave. De politiske informantene vektlegger også medvirkning som et bidrag for sine beslutninger, spesielt nevner de medvirkning knyttet til interessegruppers påvirkning av tiltak og handlinger i kommunen. Informantene med planbakgrunn beskriver at de benytter seg av fakta og statistikk, men at også medvirkning av befolkningen er en viktig kilde i kommunens planarbeid. Denne formen for medvirkning uttrykkes i form av folkemøter, deltakelse i planprosesser og brukerhenvendelser til kommunen.

5.3 Hvilke faktorer er viktigst å påvirke for å kunne styrke folkehelsa i denne kommunen – hvorfor og hvordan?

Bakgrunnen for spørsmålet var at jeg ønsket å høre hvordan de anvender kunnskapen de sier at de benytter seg av. Siden dette ikke er hovedforskningsspørsmålet, vil det her være færre eksempler på utsagn.

Mange ga uttrykk for viktigheten av å styrke innsatsen vedrørende den sosiale ulikheten i helse i befolkningen, og derunder øke innsatsen for ”de som faller utenfor” – spesielt blant ungdommen:

(PLAN) ” *Jeg tror kommunen må gjøre noe for å nå den delen av befolkningen som ikke er så vellykket*”.

(POL) ” *Det er forskjeller på sentrum og bygdene rundt blant annet når det gjelder fysisk aktivitet. Hva vi kan gjøre med det i kommunal regi, det er jo et spørsmål, men det er jo i hvert fall ting som en må se mere på*”.

Informantene trekker fram verdien av sysselsetting og økonomi som svært viktig:

(POL) ” *Det er jo en bestrebelse som vi kjemper for hver dag faktisk, å skaffe sysselsetting til de som ikke har det. For det gjør utrolig mye med allmenntilstanden din altså*”.

(POL) ” *Prioritet nummer én tror jeg blir arbeid og en sikker rimelig inntekt, slik at du har å leve av – det tror jeg er viktig. At du vet at du har en jobb å gå til, at det kommer inn lønning neste gang så at du er forutsigbar på det*”.

Gruppedeltakerne trekker dette med trygghet og stabilitet i ulike former som essensielt:

(POL) ” *Stikkordet mitt er trygghet. Et arbeid, det er trygghet i arbeidssituasjonen, og så er det noe med trygghet i det livet du har utenom og det sosiale nettverket, tryggheten i heimen og de som er rundt deg*”.

(PLAN) ” *Vi har relativ høy flytteaktivitet i kommunen på grunn av den betydelige befolkningstilveksten, og jeg ser noen negative effekter av dette som vi må se på – høye boligpriser avgjør hvem som bor hvor*”.

De frivillige organisasjoners betydning i arbeidet med folkehelsa blir understreket av nesten alle informantene.

(PLAN) ” *En må ut til folket, det er pri én. Kommunen kan ansette så mange de orker, men du må nå ut til folket, og da er der egentlig gjennom frivillige lag og organisasjoner som du har mulighet for å nå ut*”.

Kunnskap om økende inaktivitet i fylket ga disse uttalelsene:

(POL) ” *Vi har utrolig mange inaktive voksne vil jeg si som er med og skaper dårlig folkehelse. Tilbud til folk som har kommet i en voksen alder og som ikke beveger seg så mye er en utfordring vi må ta på alvor*”.

Informantene understreker betydningen av økt tverrsektorielt samarbeid.

(PLAN) ” *Jeg tror vi skal bli flinkere til å jobbe mer tverrfaglig og være litt mer opptatt av hva vi sammen kan få gjort ut fra de ressursene vi har. Det er vanskelig for oss, opplever jeg, å sette oss ned sammen og utnytte de ressursene vi har på hvert vårt felt. Kanskje vi kan løse det nå ved at vi har ansatt en folkehelsekoordinator*”.

Informantene forteller om viktigheten av å tenke helsekonsekvenser i planleggingen:

(POL) ” *Når man lager sentrumsplanen er det viktig å lage en plan hvor det er godt å begå seg altså, du kommer fram for myke trafikanter, hvor det er grønne lunger – det har jo påvirkning på den totale helsa*”.

Informantene sier også tydelig at helsetjenesten har en viktig rolle i det forebyggende arbeidet.

(POL) ” *En viktig grunnleggende faktor er jo at man har en oppegående helsetjeneste i kommunen, som ikke bare kan være med på å forsøke å reparere, men som deltar aktivt også i det forebyggende på den måten at man får med seg befolkningen i en konstruktiv dialog rent generelt*”.

5.3.1 Oppsummering

Informantene uttrykker at de viktigste forholdene å påvirke for å styrke folkehelsa først og fremst er å gjøre noe med de sosiale ulikhetene og grunnleggende faktorer i levekår som sysselsetting og innbyggernes økonomi, og slik bidra til å skape trygge lokalsamfunn på alle nivå. Viktige faktorer er også økt tverrfaglig samhandling om oppgavene, og at de frivillige lag og organisasjoner må være inkludert i dette. Slik kan de i større grad tenke helsekonsekvenser i alle tiltak og planer. Informantene uttrykker at de ser det er utfordringer når det gjelder levevaner som fysisk aktivitet, og at dette er noe de må arbeide med framover.

6 Analyse og drøfting

I dette kapitlet vil problemstillingen bli drøftet i lys av det empiriske materialet og de teoretiske perspektivene som er knyttet til temaet for undersøkelsen. I drøftingen tar jeg utgangspunkt i forskningsspørsmålene.

6.1 Hva forstår politikere og planleggere på kommunenivå med begrepet folkehelse og folkehelsearbeid?

Informantene i fokusgruppeintervjuene ble i starten på intervjuet bedt om å reflektere rundt begrepene folkehelse og folkehelsearbeid. Jeg mener det var viktig og nødvendig å høre politikernes og planleggenes bevissthet rundt dette, for senere å kunne sette det i sammenheng med deres bruk av ulike kunnskapsformer i planlegging og beslutninger i folkehelsearbeidet.

Resultater fra studien tyder på at informantene har en bevissthet om at folkehelsearbeid først og fremst er et helhetlig arbeid. Informantenes spontane åpningssvar inneholdt tydelige meningsuttrykk om dette. Helhetlig arbeid i den forstand at det omfatter både fysisk og psykisk helse i befolkningen, men også det at det er et aspekt ved alle samfunnssektorer – også der hvor kanskje ikke folkehelse er primærformålet. Ingen uttaler seg om at helsesektoren er den sentrale aktøren i folkehelsearbeidet. Dette samsvarer godt med det som defineres som folkehelsearbeid i offentlige utredninger som i Folkehelsemeldingen (Helsedepartementet, 2003) og andre, som hos Nylenna (2005). Det er interessant at informantene ikke først og fremst vektlegger helsevesenets rolle for å skape god folkehelse. Uttalelsene viser også at de vektlegger dette med befolkningens trivsel som sentralt i folkehelsearbeidet, både som en målsetting for arbeidet og som en uttrykt opplevelse fra befolkningen. Dette samsvarer med funnene hos Fugelli og Ingstad (2003) i deres studie om hva befolkningen selv mener er viktigst for å oppleve god helse. Informantenes uttalelser om viktigheten av å skape og legge til rette for sosiale møteplasser som et bidrag i folkehelsearbeidet, tolker jeg som et tiltak for nettopp å skape trivsel i lokalsamfunnet. Også refleksjonen rundt spørsmålet om folkehelse kan måles på en eller annen måte, tolker jeg som at informantene har et nyansert og helhetlig oppfatning av folkehelse og folkehelsearbeid. Deres oppfatning om dette forstår jeg som om at folkehelse må måles ut ifra et sett av indikatorer. Den kan måles ut fra statistikk om helsetilstand, men også fra kvalitative målinger om opplevd helse og kunnskap om forhold som kan påvirke helsetilstanden. De trekker fram faktorer som statistikk om sykdom og død, men samtidig omtaler de dette med at opplevelsene av helsetilstand kommer til muntlige uttrykk. Uttalelsene påpeker også at helsedeterminanter som arbeid og utdanning som viktige forhold som påvirker helsa. Dette må tolkes dit at det ikke finnes ett kriterium for vurdering av folkehelsa, noe som også bekreftes hos blant annet Nylenna (2005). Dette er interessant i forhold til at det som

vanligvis presenteres som status på folkehelsa gjerne er epidemiologiske fakta, som til eksempel i Folkehelse rapporten 2010 som er status på folkehelsa (Folkehelseinstituttet, 2010). Jeg tolker uttalelsene dit hen at en allerede her kan se at politikere og planleggere i kommunesamfunnet bygger folkehelsearbeidet på mange former for kunnskap.

Informantene uttaler at de ønsker å vektlegge en dreining av ressursene fra behandling til mer forebyggende og helsefremmende arbeid. Folkehelsearbeid forutsetter både forebyggende og helsefremmende arbeid, som har ulike, men komplementære tilnærminger (Mittelmark, 2003). Det kommer ikke klart fram i uttalelsene om informantene legger en forskjell i begrepene forebygging og helsefremming. Jeg tolker derimot uttalelsene slik at de bruker begrepene synonymt, for å variere språket - og at informantene egentlig snakker mest om forebygging. Men unntaksvis finner jeg uttalelser som viser at de har oppmerksomheten mot de salutogene faktorene i folkehelsearbeidet, som å satse på kultur som et virkemiddel i å fremme trivsel og helse.

De snakker om tilrettelegging og har her en tydelig befolkningsstrategi, men også her mest på det forebyggende området. Tilretteleggingen er rettet mot risikofaktorer, som til eksempel inaktivitet. De sier at *”det er kommunenes oppgave å legge til rette”*, men de sier lite om prosesser og befolkningen som aktive samarbeidspartnere i tilretteleggingen. Men samtidig tolker jeg informantenes uttalelser om frivillighetens betydning for folkehelsearbeidet som at de anser lokalmiljøet som den fremste arena for folkehelsearbeidet og at medvirkningsaspektet slik blir ivaretatt. Å styrke lokalmiljøets muligheter for handling, både når det gjelder prioritering, planlegging og gjennomføring av tiltak er essensielt i helsefremmende arbeid (Mittelmark og Hauge, 2003))

6.2 Hva slags grunnlagsmateriale benytter politikere og planleggere seg av i planlegging og beslutninger vedrørende folkehelse?

Dette spørsmålet anser jeg som hovedspørsmålet i å besvare problemstillingen; hva forstår kommunale politikere og kommunale planleggere med kravet om at folkehelsearbeidet i kommunen skal være kunnskapsbasert?

Uttalelsene fra intervjuet er kodet og deretter kategorisert i tre (3) meningskategorier. Det er bruk av skjønn, bruk av faktaopplysninger og statistikk, og bruk av medvirkning. Jeg vil videre i dette underkapitlet etter tur drøfte disse hver for seg opp mot hovedproblemstillingen.

6.2.1 Bruk av skjønn

De politiske representantene i fokusgruppene uttaler at de benytter seg av skjønn i sine beslutninger. En uttalelse var slik: ” *En politiker skal ikke være noen fagmann, det er administrasjonen som er fagfolk. Vi skal gjøre skjønnnet oppi det her. Det er viktig egentlig*”. Skjønn regnes som en form for erfaringsbasert kunnskap (Grimen, 2009). Andre har beskrevet bruk av skjønn som en vurderende aktivitet som må til fordi faktagrunnlaget gjennom entydige logiske slutninger eller formaliserte regelverk ikke alene gir svaret. Dette er en situasjon som samfunnsmedisineren ofte er oppe i (Øgar, 1996). Folkehelsearbeid er samfunnsmedisinsk arbeid, og har derfor den samme utfordringen. Jeg finner derfor grunn til å diskutere skjønn som epistemisk kategori nærmere. Grimen (2009) sier at skjønn kan ses på som en måte å argumentere på og forutsetter at argument faktisk virker. Skjønn kan sees på som en type praktisk argumentasjon under visse uklare omstendigheter. Praktisk argumentasjon skal lede fram til avgjørelser om hva som bør gjøres i en konkret situasjon. Det særegne med skjønn er at det er argumentasjon med svake normative holdepunkt, men at de er svake betyr ikke at de ikke er der. At de er der, innebærer at skjønn kan være mer eller mindre velbegrunnet, noe som leder en inn på tanken som de fleste har, at det finnes forskjell på godt og dårlig skjønn. Hva kjennetegner skjønn som resonnering? Å resonnere innebærer å finne grunngitte svar på praktiske spørsmål. Et praktisk resonnement går ut på å beslutte til en handling ut fra en skildring av en situasjon i kombinasjon med en norm. Dette innebærer at skjønnsutøvernes akkumulerte erfaringer er viktig (Grimen og Terum, 2009). Overført til folkehelsearbeid innebærer dette at politikernes skjønn utøves på bakgrunn av normative verdier som for eksempel deres partiprogram og personlige egenskaper. De politiske informantene sier jo også at ” *de er jo valgt inn for et parti*” og ” *fordi de er den personen de er*”. Videre sier de politiske informantene at de bruker erfaringer og opplysninger gitt fra ”eksperter” som til eksempel administrasjonen i kommunen, altså akkumulerte erfaringer (Grimen, 2009). Kan denne kunnskapskategorien regnes med i det som omtales som kunnskapsbasert folkehelsearbeid? Er dette kunnskap med evidens? Den engelske statsviteren

og filosofen Robert Goodin har laget en analyse av bruk av skjønn i den moderne velferdsstaten. Han hevder blant annet at det fører til vilkårlig håndtering fordi skjønnsutøvere ikke har plikt til å grunngi avgjørelser. Og siden skjønnsbaserte avgjørelser er uforutsigbare vil det føre til usikkerhet og mangel på trygghet i samfunnet (Grimen, 2009). Han lager en svært pessimistisk analyse av dette med bruk av skjønn. Uansett kunnskapssyn kan en ikke se bort fra skjønnbruk i folkehelsearbeidet, og kanskje er det politikernes privilegium å kunne bruke denne kunnskapsformen? Jeg tolker dette også dit hen at det viktig hva slags informasjon og opplysninger politikerne får fra til eksempel administrasjonen, de som politikerne i intervjuet omtaler som ”eksperter”. Én kommune fortalte at de hadde arrangert flere temamøter med gruppearbeid for politikerne i arbeidet med samfunnsdelen, og opplevde dette som en god løsning som ga politikerne et godt grunnlag til å utøve skjønn på.

Flere av informantene, de fleste var politikere, gir uttrykk for at de bruker annen erfaring som beslutningsgrunnlag, og at dette er noe en heller ikke kan se bort fra som kunnskapskilde. Dette er kunnskap i kategorien fortrolighetskunnskap og er knyttet til opplevelser og hendelser. Det betyr at det er den personen som har opplevd situasjonen som innehar kunnskapen (Hyllseth, 2001). I de fleste tilfeller innebærer det at kunnskapen ikke er systematisert eller dokumentert. Ett eksempel i uttalelsene på bruk av erfaring i beslutninger er knyttet til dette med boliger til de eldre; ” *Det er viktig for de eldre tror jeg at de greier seg selv lengst mulig. Så jeg har begynt å snakke om noe som jeg kaller ”gåstol-avstand til sentrum”. Vi må planlegge boliger for de eldre slik at dette er mulig*”. Erfaringen eller opplevelsene til informantene tilsier at de eldre flytter fra grendene til sentrum i kommunen, og at med lettere tilgang til diverse service- og tjenestetilbud kan de bo for seg selv lengre, og oppleve god helse lengre. Denne erfaringen må kommunen bruke i sin planlegging av botilbudet til de eldre. Denne formen for kunnskap er ikke evidensbasert Hvis man går tilbake litteraturen om evidenshierarkiet, blir erfaringskunnskap rangert på laveste nivå – mens bestemte former for målbar kunnskap som effektmålinger oppnår høyeste evidens (Kari Martinsen, 2004). Politikerne bruker dette i sine beslutninger, og jeg tolker det at politikerne bruker erfaring som et kunnskapsområde dit hen at de vurderer dette som et viktig kunnskapsområde selv om det ikke er evidensbaser, og det er også et av grunnlagene i skjønnsutøvelse.

6.2.2 Bruk av faktaopplysninger og statistikk

Informantene forteller at de også benytter seg av epidemiologiske studier over helsetilstand og sykdomsutbredelse i befolkningen, både nasjonale og lokale. Dette er kunnskap i kategorien påstandskunnskap, det som tradisjonelt er forbeholdt begrepet ”vitenskapelig”, kunnskap som er objektiv og sann (Aadland, 2003). Påstandskunnskap vurderes til å være på toppen av kunnskapshierarkiet (Pearson og al, 2007). Uttalelser fra informantene om at de bruker fagpersoner i administrasjonen som rådgivere, som til eksempel kommunelegen, kan også tolkes dit hen at dette gjerne er oversikt over risikofaktorer for helse som anvendes.

Epidemiologisk forskning sitt hovedmål er jo å finne årsakssammenhenger (Braut og Stoltenberg, 2005) Det er derfor en interessant observasjon at informantene sier det er lett å finne status om helsetilstanden, men at statistikken ikke gir dem noe som helst svar på hvordan de skal løse utfordringene. Tradisjonelle epidemiologiske kartlegger svært sjelden helsefremmende faktorer. Det nærmeste en kommune eller et lokalsamfunn kan komme en slik kartlegging kan til nå være ved å analysere styrker og svakheter i kommunesamfunnet gjennom en SWOT-analyse (Kunnskapssenteret, 2009). Det foreligger få verktøy for å kartlegge helsefremmende faktorer i et lokalsamfunn, tilsvarende som er utarbeidet for å kartlegge helsefremmende arbeidsplasser (Torp og Grimsmo, 2008). Ingen av kommunene refererer til at de har gjort en slik undersøkelse. Når det gjelder forhold innen for eksempel miljøretta helsevern, som drikkevann og forurensing, kvantifiserbare risikofaktorer som kan påvirker helse – så uttaler de at bruk av påstandskunnskap er helt nødvendig. Jeg tolker disse uttalelsene som at informantene opplever påstandskunnskap som nødvendig, men utilstrekkelige i det helhetlige folkehelsearbeidet. Noen av uttalelsene viser at de benytter seg av helsekonsekvensutredninger, noe som også hører hjemme i denne kategorien. Intervjuene ga ingen indikator om dette var noe mer enn tradisjonelle miljøkonsekvensutredninger, så det blir kun antagelser at det er slik i disse kommunene.

6.2.3 Medvirkning

Prinsippet om brukermedvirkning eller borgermedvirkning står sterkt i det helsefremmende arbeidet. Uttalelsene viser at mange av informantene betoner viktigheten av medvirkning av befolkningen som et viktig kunnskapsbidrag, både i planprosesser og i det helhetlige folkehelsearbeidet. Jeg velger å tolke medvirkning som en form for fortrolighetskunnskap,

deltakerne har en kunnskap om situasjonen Det er arrangert folkemøter i forbindelse med samfunnsdelen, og prosessmøter med frivillige lag og organisasjoner i forbindelse med utarbeidelse av andre kommunedelplaner, som til eksempel for idrett og friluftsliv. Gruppen uttrykte, samlet, at dette har vært positivt, og at det ble skapt et stort engasjement i selve planprosessen, men ikke minst i den praktiske oppfølgingen av planen. Planleggerne opplevde at borgerne fikk et helt annet eierforhold til planen. Dette sammenfaller godt med teorier om når borgerne har reell medvirning. Rønningen (Rønningen, 2005) refererer til Taylor og Contu sin medvirkningsstige som spesielt fokuserer på lokalt utviklingsarbeid. På denne stigen representerer bare de tre øverste trinnene er reell medvirkning. Det tredje øverste kaller de for *funksjonell medvirkning*. Trinnet kjennetegnes av at brukerne er involvert i utviklingen av programmer og aktiviteter. De profesjonelle har fremdeles kontrollen og tar de endelige beslutningene. Jeg tolker uttalelsene om de frivillige lag og organisasjoners engasjement som at de opplevde at de hadde reell medvirkning i utvikling av planen. Etter uttalelsene å dømme synes de positive opplevelsene å ha den effekten at de vil praktisere samme prosessarbeid også ved senere planarbeid.

Jeg tolker også uttalelsene om medvirkning dit at mulighetene for å legge til rette for medvirkning er langt større i mindre kommuner enn i små kommuner, især hvis dette kombineres med forventninger om rask framdrift i planarbeidet. Det tar lengre tid å samle borgere til deltakelse i prosesser, og medvirkningen blir i beste fall på et lavere nivå hvor medvirkningen ikke er reell, det som Taylor og Contu beskriver som *medvirkning gjennom informasjon eller konsultasjon*. Det kan kanskje tolkes som at det er vanskeligere å gjennomføre en helsefremmende politikk med høy borgermedvirkning i en stor, enn i en liten kommune.

Jeg tolker også uttalelsene om betydningen av økt medvirkning som at de oppfyller kravene om medvirkning som er nedfelt i plan- og bygningsloven. De beskriver dette som et krav, men opplever det som et positivt pålegg.

Informantene beskriver at de tar hensyn til interessegrupper i planer, men i sær ved beslutningsprosesser – altså at politikerne lar seg påvirke av denne formen kunnskap. Uttalelser som; ”*det hadde ikke blitt noe av hvis ikke noen jobbet for det*” og ”*flere ting som har skjedd, det er jo etter press ifra noen, eller ønske om du vil*”. Dette er en kunnskapsform som jeg har vansker med å plassere innenfor hovedgruppene av kunnskap. Jeg velger å

plassere også denne innen gruppen av fortrolighetskunnskap – en relasjonell kunnskap. Men det kan godt være at det er form for moralsk kunnskap? Uttalelsene ga ikke klare forestillinger om hvem det er som utøver denne formen for kunnskapspåvirkning, og reiser nye problemstillinger om forholdene rundt makt og maktfordeling. Hvilke grupperinger i et lokalsamfunn har størst muligheter for å utøve påvirkning, og på hvilke områder er det påvirkningen utøves. Dette er spesielt interessant i forhold til sosiale ulikheter i helse.

6.3 Hvilke forhold i kommunen er viktigst å påvirke for å kunne styrke folkehelsa hvorfor og hvordan?

Dette var et oppfølgingsspørsmål i til hovedforskningsspørsmålet. Jeg ønsket å høre informantenes refleksjon om hvordan deres kunnskap kunne overføres til folkehelsearbeidet i deres kommune. Siden dette er å betrakte som handlingsdel utenfor hovedproblemstillingen, vil uttalelsene til dette spørsmålet kun bli utsatt for en oppsummering uten nevneverdig drøfting.

Uttalelsene kan oppsummeres i fem (5) kategorier. Disse kategoriene dreier seg om sosial ulikhet i helse, et trygt samfunn, frivillighetens innsats, tverrsektorielt samarbeid og om helsetjenestens innsats i det forebyggende arbeidet. Arbeidet med å redusere den sosiale ulikheten i helse og spesielt de som ”faller utenom” av ungdommen var åpningssvarene. Deretter fulgte svar om et trygt og stabilt samfunn, på alle områder og nivå som sysselsetting, privatøkonomi, sosialt nettverk og trygghet i hjemmesituasjonen. De uttrykte videre betydningen av frivillighetens innsats i folkehelsearbeidet. Informantene var også tydelige på at det tverrsektorielle arbeidet i folkehelsearbeidet må styrkes samtidig som at helsevesenet også må ta en større del av ansvaret i det forebyggende helsearbeidet. Jeg tolker disse uttalelsene som at de her i sin vurdering av innsats i folkehelsearbeidet for det meste benytter seg av ulike former for fortrolighetskunnskap.

6.4 Oppsummering i tabellform

Tabell 1 viser hvordan forskningsspørsmålene er avledet av hverandre, og de empiriske kategoriene dannet til hvert spørsmål. Forskningsspørsmål 1 (5.1) gir en plattform for de

videre spørsmålene ved å gi folkehelsebegrepet og folkehelsearbeidet et innhold og en retning. Det andre forskningsspørsmålet (5.2) anser jeg som hovedforskningsspørsmålet, hvilke kunnskapsformer benytter de seg av i dette arbeidet. Disse resultatene blir drøftet for hver kategori. Forskningsspørsmål 3 (5.3) er en oppfølging av det forrige for å få en oppfatning av om og hvordan de anvender kunnskapen omtalt i kap. 5.2.

Problemstilling: Hva forstår kommunale politikere og planleggere med kravet om at folkehelsearbeidet i kommunen skal være kunnskapsbasert.	
Forskningsspørsmål	Empiri – kategorier
5.1 Hva forstår politikere og planleggere på kommunenivå med begrepet folkehelse og folkehelsearbeid. ↓↓	<ul style="list-style-type: none"> • Helhetlig arbeid • Forebygging og helsefremming • Tilrettelegging • Frivilligheten
5.2 Hva slags grunnlagsmateriale benytter politikere og planleggere seg av i planlegging og beslutninger vedrørende folkehelse. ↓↓	<ul style="list-style-type: none"> • Skjønn • Faktaopplysninger og statistikk • Medvirkning
5.3 Hvilke forhold er viktigst å påvirke for å kunne styrke folkehelsen – hvorfor og hvordan.	<ul style="list-style-type: none"> • Sosial ulikhet • Trygghet • Frivillighetens innsats • Tverrsektorielt samarbeid • Helsetjenestens forebyggende arbeid

Tabell 1

7 Konklusjon

Folkehelsemeldingen fastslår at ”folkehelsearbeid innebærer å forholde seg til faktorer som påvirker helsen. En av flere slike faktorer er helsetjenestens reparerende, rehabiliterende og pleiende virksomhet. Denne viktige innsatsen, som naturlig nok får mye oppmerksomhet, er likevel ikke det mest avgjørende for helse- og sykdomsutviklingen. Våre egne valg og hvordan vi sammen innretter samfunnet innenfor en rekke områder spiller en langt viktigere rolle”

(Helsedepartementet, 2003). Den samme stortingsmeldingen framhever at dette arbeidet må være *kunnskapsbasert* og at arbeidet må bygge på tiltak som har dokumentert effekt.

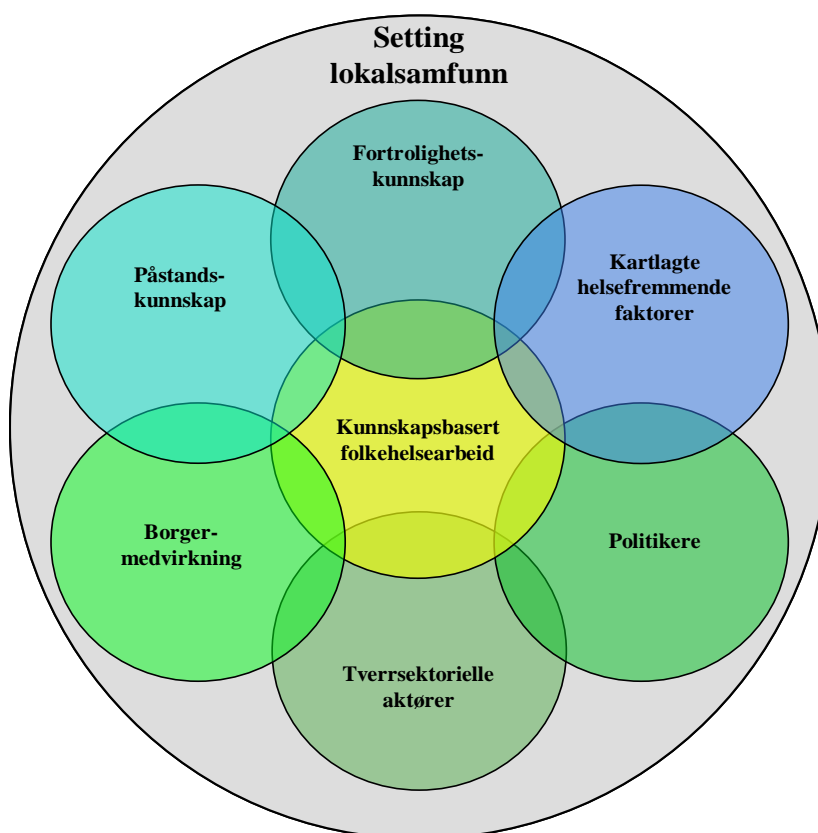
Kommuneplanens samfunnsdel (Miljøverndepartementet, 2008) skal synliggjøre hvordan vi *innretter samfunnet innenfor en rekke områder*, ved at den skal framvise langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet som helhet og som organisasjon.

I denne oppgaven har jeg, gjennom å intervju kommunale politikere og planleggere, søkt å finne svar på hva de forstår med kravet om at folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert. Etter analysen av intervjuene er jeg av den oppfatning at fokusgruppeintervju var rett metode og at svarene reflekterer det jeg ønsket å vite mer om. Jeg mener at resultatene derfor har god intern validitet (Malterud, 2003) eller bekreftbarhet (Thagaard, 2003). Jeg har fått svar på hvilken kunnskap planleggere og politikere har benyttet seg av i samfunnsplanleggingen og derved i folkehelsearbeidet, og jeg har fått svar på om resultatene kan bekreftes av annen teori eller praksis. Jeg tolker imidlertid resultatene dit at svarene ikke er i overensstemmelse med det som legges i *kunnskapsbasert folkehelsearbeid* fra helsefaglig forvaltning (Helsedepartementet, 2003). Gjennom analysen av fokusgruppeintervjuene fra tre kommuner, mener jeg at oppgaven belyser at det er en forskjell i hva forskere med helsefaglig bakgrunn og politikere/planleggere på kommunalt nivå legger i begrepet *kunnskapsbasert folkehelsearbeid*. Forskjellen mener jeg ligger i at helsefaglige aktører er av den oppfatning at det er først ved bruk av tydelige effektstudier med *evidens* på tiltak rettet mot påvirkningsfaktorer for helse, at vi kan kalle tiltakene og arbeidet for *kunnskapsbasert*. Politikere og samfunnsplanleggere benytter seg av et langt bredere kunnskapsområde for å planlegge kommunesamfunnet. Jeg tolker resultatene dit at helseforvaltning og lokale politikere og planleggere befinner seg på ulike nivå i kunnskapshierarkiet, et hierarki som for mange er synonymt med kunnskapsbasert praksis (Rieper og Hansen, 2009). Der plasseres kontrollerte effektundersøkelser på toppen, mens kvalitative undersøkelser plasseres på laveste nivå av sikker kunnskap og evidens. Undersøkelsen viser at politikere og politikere benytter seg av mange former for kunnskap, både påstandskunnskap som i effektstudier og ulike former for fortrolighetskunnskap som erfaring, skjønn og medvirkning. Fortrolighetskunnskap er tradisjonelt plassert lavest i evidenshierarkiet. Jeg mener derfor at oppgaven viser at dette kan være en utfordring i forhold til å løse viktige samfunnsoppgaver over forhold som er med og påvirker folks både opplevde og målte helsetilstand. Tiltak for å bedre oppvekstforhold, bomiljø eller strukturer for god livsstil lar seg verken praktisk,

økonomisk, politisk eller etisk teste i randomiserte, kontrollerte forsøk. Det trengs derfor en økende aksept for bruk av kvalitative studier i folkehelsearbeidet, og jeg støtter derfor Grimen (2009) i at vi må finne nye måter å diskutere og forene de ulike kunnskapsformene på som ikke binder diskusjonen for sterkt til gamle debatter om hva som er beste evidens.

Undersøkelsen viser at det er et samsvar mellom de relaterte studiene som er brukt i oppgaven og denne undersøkelsen. De relaterte studiene, som er litteraturstudier, viser at kunnskapsbasert folkehelsearbeid må bygges på både kvalitative og kvantitative studier og derved omfatte alle former for kunnskap. Ingen av disse studiene viser imidlertid til samhandlingsmodeller som kan forene de ulike kunnskapsformene og aktørene i dette. Resultatene fra min undersøkelse viser heller ikke til at de har slike samhandlingsarenaer, men ønsker å ha utvikle det. Tones & Green (2004) hevder at muligheten til å omsette helsefremmende målsettinger til politiske vedtak nettopp ligger i å sørge for og å stimulere til samhandling mellom lokale myndigheter, forskningsmiljøer og lokalmiljøet.

Videre arbeid med min problemstilling må bli å utvikle praktiske samhandlingsarenaer for å utøve *kunnskapsbasert folkehelsearbeid*. Figur 1 illustrerer denne samhandlingsarenaen.



Figur 1

Med settingen som bakteppe må påstandskunnskap og fortrolighetskunnskap forenes og brukes på arenaer hvor politikere, befolkningen og tverrsektorielle representanter samhandler. Samarbeidet må suppleres med å utvikle verktøy for å kartlegge helsefremmende faktorer i lokalsamfunnet. Først da kan en bruke begrepet *kunnskapsbasert folkehelsearbeid*.

8 Litteraturliste

Angel, B. Ø. (2003) *Evidensbaserte programmer - kunnskapsform og menneskesyn i sosialt arbeid*. Nordisk sosialt arbeid, 2003 (02), s. 66-72.

Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm, Natur och Kultur.

Bjørndal, A. (2009) *Verbal slåsskamp om evidense* [internett] Tilgjengelig fra: www.forskningsradet.no [lest: 01.08].

Braut, G. & Stoltenberg, C. (2005) *Epidemiologi: Store norske leksikon* [internett] Tilgjengelig fra: www.snl.no [lest: 01.07.2010].

Bråten, S. (1983) *Dialogens vilkår i datasamfunnet*. Oslo, Universitetsforlaget.

Davies, H. C., Nutley, S. M. & Smith, P. C. (2000) *What works? Evidence-based policy and practice in public services*. Bristol, The Policy Press.

Ekeli, B. V. (2002) *Evidensbasert praksis: Snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten*. Tromsø, Høgskolen i Tromsø, Eureka forlag.

Fog, J. (1996) *Begrundelsernes koreografi*. I: Holter, H. & Kalleberg, R. (red.) *Kvalitative metoder i samfunnsforskningen*, s. Oslo, Universitetsforlaget.

Folkehelseinstituttet (2010) *Helsetilstanden i Norge*. Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Forskningsetiske komiteer (2009) *Utvalgsstrategi* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.etikkom.no/> [lest: 15.08.2010].

Fosse, E. (2005) *Sosial ulikhet i helse som tema i helsekonsekvensutredninger*. Oslo, Sosial - og helsedirektoratet.

- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001) Helse - slik folk ser det. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 121(30), s. 3600-3604.
- Gray, J. A. M. & Ison, E. (2009) *Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health services and public health*. Edinburgh, Churchill Livingstone Elsevier.
- Grimen, H. (2009) *Profesjonsutøvelse og kunnskapsorganisering* [internett] Tilgjengelig fra: www.profesjon.no [lest: 01.08.2010].
- Grimen, H. & Terum, L. I. (2009) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo, Abstrakt forlag.
- H.F.Hansen & O.Rieper (2007) *Metodedebatten om evidense*. København, AKF forlaget.
- Halkier, B. (2008) *Fokusgrupper*. Frederiksberg, Forlaget Samfunnslitteratur.
- Halvorsen, R. (2005) *Diskurs, makt og motstand* [internett] Tilgjengelig fra: www.svt.ntnu.no [lest: 02.08.2010].
- Heller, R. F. (2005) *Evidence for population health*. Oxford, Oxford University Press.
- Hellevik, O. (2002) *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Folkehelse* [internett] Tilgjengelig fra: [lest: 01.07.2010].
- Helsedepartementet (1997) *NOU 1998: 18 Det er bruk for alle* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1998/nou-1998-18.html?id=141324>
- Helsedepartementet (2003) *Resept for et sunnere Norge: Folkehelsepolitikken*. Oslo, Departementet.

Helsedepartementet (2009) *Folkehelseloven*

Innstilling fra komiteen [internett] Tilgjengelig fra: www.stortinget.no [lest: 10.05.2010].

Hyllseth, B. (2001) *Forskningsbasert undervisning* [internett] Tilgjengelig fra:

http://www.nokut.no/Documents/NOKUT/Artikkelbibliotek/Norsk_utdanning/NNR-publikasjoner/forskn_basert_undv.pdf [lest: 01.07.2010].

Jacobsen, D. I. (2003) *Forståelse, beskrivelse og forklaring. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand, Høyskoleforlaget AS.

Kreftforeningen (2009) *Kreftforeningens policydokument* [internett] Tilgjengelig fra:

www.kreftforeningen.no

Krokstad, S. (2009) I *Kunnskapsbasert folkehelsearbeid*, *Trønderavisa*, 15.04.2009.

Kunnskapssenteret (2009) *Strategisk analyse. Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring* [internett] Tilgjengelig fra: www.kunnskapssenteret.no [lest: 02.09].

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal.

Lervik, J. (2009) I *Kunnskapsbaserte helsetjenester*, *Adresseavisa*, 01.09.2009. Trondheim.

Malterud, K. (2002) Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensning. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 2002;122, s. 2468-72.

Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo, Universitetsforl.

Martinsen, K. (2004) Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Sykepleien*, 2004; 92(13), s. 58-61.

- Martinsen, K. & Eriksson, K. (2009) *Å se og å innse. Om ulike former for evidens*. Oslo, Akribe AS.
- Melberg, H. (2002) Hvor gode er evidensene for evidensbasert metode. *Nordisk Alkohol og Narkotikatidsskrift*, 10, s. 59-64.
- Miljøverndepartementet (2008) *Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)* [internett] Tilgjengelig fra: http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-20080627-071.html&emne=byggningslov*&
- Mittelmark, M. B. & Hauge, H. A. (2003)) Helsefremmende politikk for vurdering av helsekonsekvenser Hvorfor lokalsamfunn og nærmiljø er de sentrale arenaene. I: Hauge, H. A. & Mittelmark, M. B. (red.) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid : Fra monolog til dialog?* , s. 39-51. Bergen, Fagbokforlaget.
- Molander, B. (1996) *Kunskap i handling*. Göteborg, Daidalos AB.
- Mæland, J. G. (2005) *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. Oslo, Universitetsforl.
- Naidoo, J. & Fossum, J. (2007) *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Lund, Studentlitteratur.
- Nordtvedt, M. W. & Hansen, T. A. (2001) Styrke og begrensninger ved evidensbasert sykepleie. *Sykepleien*, 2001; 89, s. 42-45.
- Nutbeam (1987) *Health Promotion Glossary* [internett] Tilgjengelig fra: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf [lest: 01.08.2010].
- Nylenna, M. o. B., G.S (2005) *Folkehelse i Store medisinske leksikon* [internett]. Tilgjengelig fra: http://www.snø.no/.sml_artikkel/folkehelse

- Næss, Ø. (2003) Risikobegreper og folkehelse på to ulike måter - folkehelsemeldingen og WHO's årsrapport. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 2003; 22, s. 3245-7.
- Pawson, R. (2006) *Evidence-based Policy, A Realistic Perspective*. London, Sage Publications.
- Pearson, A. & al (2007) *Evidence-based practice in nursing and health care*. Oxford, Blackwell Publishing.
- Pellmer, K. & Wramner, B. (2007) *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm, Liber.
- Phillips, B. & al (2001) *Levels of Evidence* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025> [lest: 08.08].
- Rieper, O. & Hansen, H. F. (2009) Evidensbevegelsens rødder, formål og organisering. I: Grimen, H. & Terum, L. I. (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, s. Oslo, Abstrakt forlag.
- Rønningen, G. E. (2005) *Brukermedvirkning og brukerstyring* [internett] Tilgjengelig fra: www.forebygging.no [lest: 02.09.2010].
- Sackett, D. L. (1997) *Evidence Based Medicine: How to practice and teach EBM*. New York, Churchill Livingstone.
- Sander, K. (2004) *Formål og problemets karakter* [internett] Tilgjengelig fra: www.kunnskapssenteret.com [lest: 01.08.2010].
- Thagaard, T. (2003) *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen, Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2002) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen, Fagbokforlaget.

Tones, K. & Green, J. (2004) *Health promotion: Planning and Strategies*. London, Sage Publications.

Torp, S. & Grimsmo, A. (2008) *HENÆR-rapport nr. 2008/01 StatoilHydros kartleggingsverktøy for helsefremmende arbeidsplasser (SHEFA)* [internett] Tilgjengelig fra: www.henaer/hive.no [lest: 01.09.2010].

Ulleberg, P. (2002) *Forskningsmetode og vitenskapsteori* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.sv.ntnu.no/ped/hans.petter.ulleberg/vitenskaph99.htm> [lest: 01.08.2010].

WHO (1986) *Ottawa charter for health promotion*.

WHO (1988) *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*.

WHO (2004) *World Report on Knowledge for Better Health* [internett] Tilgjengelig fra: http://www.who.int/rpc/meetings/WR2004_english_report_summary.pdf

Wiley, J. & Sons (2010) *The Cochrane Library* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

Øgar, P. (1996) Skjønnsutøvelse i samfunnsmedisinen. *Utposten*, 7/8.

Aadland, E. (2004) *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo, Universitetsforlaget.

9 Vedleggsoversikt

Vedlegg 1: Forespørsel til ordfører og rådmann om å foreta undersøkelsen

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informantene

Vedlegg 3: Informert samtykke

Vedlegg 4: Forskningsspørsmål med intervjuguide

Vedlegg 5: Godkjenning fra Personombudet

Vedlegg 1

Forespørsel til kommunene om å få gjennomføre undersøkelsen

Til

Meråker, Stjørdal og Frosta kommune v/ administrativ og politisk ledelse

Forespørsel om tillatelse til gjennomføring av en undersøkelse i forbindelse med masteroppgave

I forbindelse med mitt masterstudium i Helsefremmende arbeid ved Høgskolen i Vestfold, ønsker jeg i arbeidet med den avsluttende masteroppgaven å intervju plananaktører medvirkende i utformingen av samfunnsdelen i kommuneplanen – og politikere som sitter i formannskapet, i tre kommuner i Nord-Trøndelag.

Temaet for masteroppgaven er *kunnskapsbasert folkehelsearbeid*. Folkehelsearbeid defineres som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. En rekke forhold påvirker befolkningens helse som for eksempel sosiale og økonomiske faktorer, miljørelaterte faktorer og levevaner. Folkehelsearbeid er bevisst, systematisk og langsiktig innsats på tvers av sektorer og forvaltningsnivå rettet mot alle disse faktorene. Folkehelsearbeid forutsetter både sykdoms-forebyggende og helsefremmende tilnærminger.

Kommuneplanens samfunnsdel synliggjør langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet, og er dermed et sentralt dokument i folkehelsearbeidet.

Flere offentlige dokumenter om folkehelsearbeid fastslår at såkalt sikker kunnskap skal ligge til grunn for både politikkutforming og praksis innen folkehelsearbeidet, blant annet Folkehelsemeldingen (2002-2003) som fastslår at; *tiltak som planlegges og iverksettes, må så langt som overhode mulig ta utgangspunkt i kunnskap om årsak og virkning*.

I min masteroppgave ønsker jeg derfor å samtale med/intervjue både de som har bidratt til og de som har utformet kommuneplanens samfunnsdel – og de som har behandlet og gjort innstillinger til planen, det vil si formannschaftsmedlemmer. Med oppgaven ønsker jeg å belyse eller finne ut mer om hva som utgjør kunnskaps-grunnlaget for planer og beslutninger/vedtak i folkehelsearbeidet, for både planleggeren og politikeren. Hva slags type kunnskap anvendes og fra hva og hvem hentes kunnskapen som ligger til grunn for planer og beslutninger, og hvordan foregår plan – og beslutningsprosessen?

Resultatet av undersøkelsen vil være et bidrag i kunnskapsgrunnlaget for å kunne si noe om hvordan en kan påvirke faktorer som er bestemmende for hele befolkningens helse.

Intervjuet vil foregå som et såkalt *fokusgruppeintervju*. Kjennetegnet på denne metoden er en kombinasjon av gruppeinteraksjon og forskerbestemt emnefokus. Det er en form for et gruppeintervju, men dataene produseres ved at deltakerne samtaler med hverandre om emnet - og ikke med hver enkelt sin dialog med intervjueren. Metoden er godt egnet til å utforske fenomen som gjelder felles erfaringer.

Intervjuet vil kunne ta inntil halvannen time. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd, men slettes umiddelbart etter utskrift. Opplysningene som blir gitt i samtalen vil bli konfidensielt behandlet, slik at opplysningene ikke skal være gjenkjennbare for andre.

Fokusgruppen bør bestå av 5 - 6 deltakere. Jeg ønsker meg 2-3 planaktører som alle på en eller annen måte har medvirket til utforming samfunnsdelen av kommuneplanen, og 2-3 politikere fra formannskapet som har vært med på behandling og innstilling av samfunnsplanen. Jeg ville sette pris på om jeg kunne få forslag på aktuelle personer som jeg kan forespørre for selv å kunne gjøre direkte avtale med om intervjutidspunkt.

Det gis ingen økonomisk kompensasjon for å delta.

Svar på forespørselen kan gjøres på mail eller telefon.

På forhånd takk!

Trondheim 15.03.2010

Med vennlig hilsen

Guri Wist

e-post: Guri.wist@student.hive.no

tlf: 908 81 306

Nedre Ila 5, 7018 Trondheim

Vedlegg 2

Informasjonsskriv til informantene

Til deltakere i fokusgruppeintervju i nn kommune

Informasjon om deltakelse i undersøkelse vedr. masteroppgave

I forbindelse med mitt masterstudium i Helsefremmende arbeid ved Høgskolen i Vestfold ønsker jeg i arbeidet med den avsluttende masteroppgaven å intervju planaktører som har vært med i utformingen av Samfunnsdelen i kommuneplanen – og politikere som sitter i formannskapet, og som da har behandlet planen. Jeg ønsker å foreta denne undersøkelsen i tre kommuner i Nord-Trøndelag, hvor nn kommune er en av disse.

Jeg har fått tillatelse fra rådmann og ordfører i din kommune til å gjennomføre undersøkelsen, og disse har plukket eller foreslått dere som deltakere eller såkalte informanter til undersøkelsen. Dette er et informasjonsskriv om hensikten med undersøkelsen og om metoden som jeg skal benytte.

Temaet for min undersøkelse er *kunnskapsbasert folkehelsearbeid*. Folkehelsearbeid kan defineres som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. En rekke forhold påvirker befolkningens helse som for eksempel sosiale og økonomiske faktorer, miljørelaterte faktorer og levevaner. Folkehelsearbeid er bevisst, systematisk og langsiktig innsats på tvers av sektorer og forvaltningsnivå rettet mot alle disse faktorene.

Folkehelsearbeid forutsetter både sykdomsforebyggende og helsefremmende tilnærminger.

Kommuneplanens samfunnsdel synliggjør langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet, og er dermed et sentralt dokument i folkehelsearbeidet.

Flere offentlige dokumenter om folkehelsearbeid fastslår at såkalt sikker kunnskap skal ligge til grunn for både politikkutforming og praksis innen folkehelsearbeidet; *tiltak som planlegges og iverksettes, må så langt som overhode mulig ta utgangspunkt i kunnskap om årsak og virkning* (St.melding 16, Folkehelsemeldinga, 2003).

I min undersøkelse ønsker jeg derfor å samtale med/intervjue både de som har bidratt til og utformet kommuneplanens samfunnsdel – og de som har behandlet og gjort innstillinger til

planen, det vil si formannskapsmedlemmene. Med oppgaven ønsker jeg å belyse eller finne ut mer om hva som utgjør grunnlaget for planer og beslutninger/vedtak i folkehelsearbeidet, for både planleggeren og politikerens. Hva slags type kunnskap anvendes og fra hvem kommer kunnskapen som ligger til grunn for planer og beslutninger, og hvordan foregår plan – og beslutningsprosessen?

Resultatet av undersøkelsen vil være et bidrag i kunnskapsgrunnlaget for å kunne si noe om hvordan en kan påvirke faktorer som er bestemmende for befolkningens helse.

Intervjuet vil foregå som et såkalt *fokusgruppeintervju*. Kjennetegnet på denne metoden er en kombinasjon av gruppeinteraksjon og forskerbestemt emnefokus. Det er en form for et gruppeintervju, men dataene produseres ved at deltakerne samtaler med hverandre om emnet og ikke med hver enkelt sin dialog med intervjueren. Metoden er godt egnet til å utforske fenomen som gjelder felles erfaringer. Å kunne ha informanter fra ulike samfunnsaktører i fokusgruppen, vil være en styrke for å kunne utlede ny kunnskap om dette temaet. Fokusgruppen bør bestå av minst 5-6 deltakere for å sikre god metodisk kvalitet.

Intervjuet vil ta inntil halvannen time. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd, men slettes umiddelbart etter utskrift. Opplysningene som blir gitt i samtalen vil bli konfidensielt behandlet, slik at opplysningene ikke skal være gjenkjennbare for andre. Du har når som helst rett til å trekke deg fra undersøkelsen, og du har rett til innsyn i opplysningene som er skrevet ned fra intervjuet så lenge studien pågår.

Det gis ingen økonomisk kompensasjon for å delta.

Fokusgruppeintervjuet vil foregå i din kommune.

Trondheim 30.april 2010

Med hilsen

Guri Wist

Vedlegg 3

Informert samtykke

Informert samtykke

- Jeg er informert om masterstudien og samtykker i at opplysninger og eventuelt illustrerende sitater som kommer fram i intervjuet, kan brukes i studien.
- Jeg er informert om at jeg når som helst kan trekke meg uten at det får noen konsekvenser.
- Jeg er informert om at opplysningene vil bli håndtert på en slik måte at de ikke skal være gjenkjennbare for andre.
- Jeg er informert om muligheten til innsyn i opplysningene som er skrevet ned fra intervjuet så lenge studien pågår, og at intervjuopptaket vil bli slettet umiddelbart etter at det er skrevet ut.
- Jeg er informert om at jeg ikke får noen form for godtgjørelse for deltakelsen i intervjuet.

.....

Sted	Dato	Navn
------	------	------

Vedlegg 4

Forskningsspørsmål med intervjuguide

Intervjuguide

3 forskningsspørsmål – med underspørsmål

Utgangspunktet er arbeidet med og beslutninger vedrørende folkehelse i samfunnsdelen i kommuneplanen.

1: Hva forstår planaktører og politikere på kommunenivå med begrepet folkehelse – og folkehelsearbeid?

- Kan dere beskrive hva dere legger i eller forstår med begrepet folkehelse – og folkehelsearbeid?
- Kan folkehelse måles på noe vis?

2: Hva slags grunnlagsmateriale benytter planleggere og politikere seg av i planlegging og beslutninger vedrørende folkehelse i kommunen?

- Kan dere beskrive hva slags bakgrunnsmateriale om folkehelse dere har brukt i arbeidet med samfunnsplanen – og hva som ”styrer” den politiske beslutningen av den?

Stikkord i den forbindelse: hvem har bidratt, hva slags type eller hva kjennetegner materialet, hvordan har de bidratt, interessegrupper, ”sterke historier”, avisartikler, lobbyvirksomhet.

- Kan dere si noe om og eventuelt hvordan befolkningen har tatt del?
- Kan dere fortelle om det er noe i bakgrunnsmaterialet som dere oppfatter som viktigere enn andre?

3: Hvilke forhold i kommunen er viktigst å påvirke for å kunne styrke folkehelsen – hvorfor og hvordan?

- Kan dere med bakgrunn i det som dere har sagt om kunnskap om folkehelsa og folkehelsearbeidet i deres kommune, si hva dere mener er de viktigste faktorene å påvirke for at det skal gi seg positivt utslag på folkehelsa her i kommunen?
- Hvilke tanker har dere om måter å gjøre dette på?

Vedlegg 5 Godkjenning fra Personombudet

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Hovd 18 fiskegata 30
N-0404 Bergen
Norway
tlf: +47 55 55 21 17
fax: +47 55 55 06 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Organ: 085 321 40

Berit Viken
Avdeling for helsefag
Høgskolen i Vestfold
Postboks 2243
3103 TØNSBERG

Vår dato: 15.04.2010

Vår ref: 23886 / 2 / MAB

Vårt dato:

Vårt ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.02.2010. Meldingen gjelder prosjekter:

23886	<i>Hva påvirker kommunale polititjenester og planarbeidets innvirkning på folkeskolearbeidet? Hvilken kunnskap ligger til grunn for utformingen av og betingelser om kommunens samfunnsarbeid?</i>
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Vestfold, ved institusjonens nasale leder
Daglig ansvarlig	Berit Viken
Student	Guri Wirt

Personvernombudet har vurdert prosjekter og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

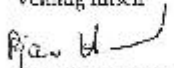
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

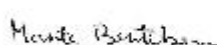
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/loensk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 02.06.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henriksen


Marte Bertelsen

Kontaktperson: Marte Bertelsen tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering

Kontaktperson: Marte Bertelsen

OSLO: ESI, Dataservice AS, Postboks 104, Torshov, 0403 Oslo. Tlf: +47 22 87 72 11, epost: esi@esi.no
OSLO: NSD, Norges statistikkontrollsystem AS, Postboks 104, Torshov, 0403 Oslo. Tlf: +47 22 87 72 11, epost: esi@esi.no
TROMSØ: ESI, Dataservice AS, Postboks 104, Torshov, 0403 Oslo. Tlf: +47 22 87 72 11, epost: esi@esi.no